PBF *en* Action

Théories et Instruments d'Application

Financement Basé sur la Performance (PBF)



PBF en Action
Théories et Instruments d'Application

Guide d'appui pour formation

CORDAID – SINA 2010

Première édition 2010

ISBN 978-90-73726-73-4
Guide, Performance Based Financing, Santé, Financement de santé.

Edition Générale : Robert Soeters, PhD - SINA Health

Ont Contribué à l'élaboration :
reddy BATUNDI, Dr Michel BOSSUYT, Bwanga ENANJOUM
Jean Baptiste HABAGUHIRWA, Sosthène HICUBURUNDI
Célestin KIMANUKA, Dr Philémon MBESSAN, Professeur MUNYANGA,
Pacifique MUSHAGULUSA, Dr Juvénal NDAYISHIMIYE, Dr Canut NKUNZIMANA
Dr Claude NTABUYANTWA, Dr Jean Paul NYARUSHATSI, Didier NTIRORANYA
Dr Peter Bob PEERENBOOM, Dr Jean Pierre TSAFACK

Coédité par : Jannes van der Wijk, Clotilde Bawota, Josefien de Kwaadsteniet

Imprimé par Edauw en Johannissen à La Haye

Cordaid – SINA
PBF en Action : Théories et Instruments d'Application. Guide d'appui pour formation PBF
La Haye, Cordaid, 2010

Ce guide est disponible sur le site web : www.cordaidpartners.com

Avant-propos

Les frais de santé sont un des principaux facteurs qui entraîne les gens sous le seuil de pauvreté. Le manque d'argent pour acheter des médicaments et se rendre à l'hôpital oblige souvent les personnes à contracter des dettes qu'ils doivent rembourser pendant longtemps ou qui les obligent à vendre jusqu'à leurs derniers biens.
Par conséquent, le financement correct des soins de santé est une problématique majeure dans la lutte contre la pauvreté. Le Performance Based Financing (PBF) a permis à Cordaid de mettre en place au cours de ces dernières années un modèle de financement avec un rendement maximal pour les plus pauvres. Mais le PBF ne s'arrête pas là. Le PBF se veut un système qui renforce la capacité de contrôle des collectivités et des patients. Ils deviennent ainsi parties prenantes dans l'approche contractuelle, passant du rôle de patients « passifs » à celui de partenaires contractuels faisant entendre leur voix.

Ces dernières années, le PBF s'est révélé être une façon d'organiser et d'agir valide dans plusieurs contextes. L'approche semble utile et efficace, tant dans les situations d'après-guerre au Congo et au Burundi que dans le contexte stable de la Tanzanie. Mais le PBF n'est pas la panacée. Chaque contexte est différent et nécessite de repenser l'approche PBF en fonction de la situation donnée.

L'approche PBF exige énormément de toutes les parties, aussi bien les professionnels de la santé, que les gouvernements, les institutions de soins de santé ou les communautés. Le PBF exige un apprentissage mutuel, une volonté d'écoute de part et d'autre et une prise en compte sérieuse des intérêts de chacun.

Ce livre vous sera utile dans ce processus d'apprentissage et de développement. Il regroupe les expériences acquises et prodigue des conseils, non pas comme un « mode d'emploi », mais comme une contribution au processus de réflexion et d'organisation du PBF.

Nous espérons que ce livre aiguillera de nombreuses personnes actives dans le secteur de la santé vers une politique plus ambitieuse, efficace et efficiente en matière de soins de santé. Pour que les soins de santé ne comptent plus parmi les principaux facteurs qui entraînent les personnes sous le seuil de pauvreté.

Nous espérons également que les utilisateurs de ce livre nous feront part de leurs réflexions et de leurs expériences. Ainsi pourrons-nous enrichir et développer ce produit grâce aux expériences des établissements de santé, des prestataires de soins de santé et des communautés.

René Grotenhuis
Directeur CORDAID

Il est difficile de mentionner les centaines de membres de la « famille PBF » qui ont travaillé pendant ces 10 dernières années pour développer le système PBF et qui ont contribué aux innovations et aux nouvelles idées qui sont la base de ce Guide PBF. La famille PBF partage en général les frustrations qui sont souvent causées par les systèmes traditionnels de financement de la santé qui ne sont ni efficaces ni efficients. Nous partageons le désir de vouloir améliorer le système de santé à travers la décentralisation, l'implication des communautés et le marketing social, la stimulation d'entrepreneuriat social, la bonne gouvernance et la promotion d'un monde plus juste en général.

Nous remercions sincèrement tous les auteurs du livre du Rwanda, du Burundi, de la République Démocratique du Congo et des Pays Bas pour leur travail immense. Nous voulons mentionner en particulier Célestin Kimanuka, Jean Baptiste Habaguhirwa et Freddy Batundi.

14 Agences d'Achat de Performance ont été établies depuis 2002 avec les fonds propres de Cordaid ou d'autres bailleurs comme l'Union Européenne, la Banque Mondiale, le Fonds mondial et les différentes coopérations bilatérales. Le présent guide peut également permettre aux pays qui n'ont pas encore commencé à appliquer le PBF de plaider en faveur de son application.

Nous tenons à remercier très sincèrement les représentants de CORDAID à La Haye qui ont accepté de financer ce livre et notamment Piet Vroeg, Remco van der Veen, Frank van der Looij et Monique Lagroo. Nous remercions également l'équipe de MDF Afrique Centrale de Goma, en particulier Dr Jannes van der Wijk, Josefien Dekwaadsteniet et Clotilde Bawota pour leur contribution à l'amélioration des techniques d'enseignement pour adultes.

ROBERT SOETERS
Editeur général

Si vous souhaitez faire parvenir vos commentaires, vos critiques, les résultats de vos travaux ou obtenir des renseignements complémentaires, contactez :

Sina Health Consult BV
Robert Soeters
Kramsvogellaan 22
2566 CC La Haye
Pays-Bas
Tél : +31 703 666 855
E-mail : Robert_Soeters@hotmail.com

Cordaid
Lutherse Burgwal 10, La Haye
BP 16440, 2500 BK La Haye
Pays-Bas
Tél : +31 703 136 300
Fax : +31 703 136 301
E-mail : cordaid@cordaid.nl

Abréviations

AAP	Agence d'Achat de Performance
AASS	Agence d'Achat de Services de Santé
AG	Administrateur Gestionnaire
BCZS	Bureau Central de la Zone de Santé
BDS	Bureau du District de Santé
BPS	Bureau Provincial de la Santé
COSA	Comité de Santé
CPN	Consultation Prénatale
CS	Centre de Santé
FOSA	Formation Sanitaire
HD	Hôpital de District
HGR	Hôpital Général de Référence
IEC	Information Education Communication
INSP	Institut National de Santé Publique (Burundi)
IRA	Infection Respiratoire Aiguë
MSP	Ministère de la Santé Publique
ONG	Organisation Non Gouvernementale
BP	Business Plan
PBF	Performance Based Financing / Financement Basé sur la Performance
PCA	Paquet Complémentaire d'Activités
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PF	Planning Familial
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PVV	Personnes Vivant avec le VIH/Sida
SNIS	Système National d'Information Sanitaire

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION AU PBF ET METHODOLOGIE DU COURS

Dr. Robert SOETERS

Les buts et les objectifs du cours PBF

But du cours
- Contribuer à améliorer l'état de santé de la population à travers une offre de services de qualité accessibles et équitables, qui respectent le libre choix des consommateurs en matière de prestataires publics et privés et qui font une utilisation rationnelle et efficace des ressources limitées de l'Etat et des ménages

Objectifs spécifiques
- Atteindre une masse critique pour faciliter l'adhésion et l'application de l'approche de financement basé sur la performance dans le secteur de la santé en remplaçant progressivement l'approche de financement actuel par contribution
- Fournir aux participants une compréhension pertinente du lien existant entre la politique générale d'un pays, la politique de santé, la politique économique et la vision actuelle de gestion du système de santé par le financement de la santé basé sur la performance
- Maîtriser les principes, les concepts et les outils de mise en œuvre du financement de la santé basé sur la performance

Résultat attendu
- A la fin de la formation, les participants adhèrent au système de financement de la santé basé sur la performance et sont capables de gérer les éléments (communauté, CS, hôpital, régulateur, agence d'achat, voix de la population) du système de santé selon les lois économiques du marché dans le respect de la politique sanitaire

Les objectifs spécifiques des 13 modules
Les objectifs spécifiques sont présentés au début de chaque module.

L'évolution du PBF et la raison d'un cours sur le PBF

L'approche contractuelle a été introduite dans les années 1990 en Asie, au Rwanda en 2001, en RDC en 2004, au Burundi en 2006 et progressivement dans un nombre croissant d'autres pays comme la Tanzanie, l'Indonésie, la République Centrafricaine et le Cameroun. Plusieurs études, effectuées dans des pays asiatiques et africains à bas revenus, montrent que le PBF donne de meilleurs effets concernant les résultats, la qualité et l'équité des services de santé que l'approche traditionnelle par contribution[1,2,3].

Pourquoi le PBF est-il devenu populaire depuis son introduction ?
- Pour la population, le PBF est intéressant parce que celle-ci observe une meilleure qualité de services et un personnel plus respectueux et sensible à ses besoins
- Le personnel (de santé) est surtout intéressé parce que sa rémunération peut augmenter par rapport à la situation précédente. La majorité du personnel adhère également au principe de PBF stipulant que, quand on travaille plus ou mieux, on gagne plus. D'ailleurs le personnel est motivé parce que le PBF lui permet de prendre des initiatives et d'améliorer les services
- Pour les représentants des gouvernements, le PBF peut constituer une possibilité d'améliorer rapidement des services sociaux de façon efficace
- Pour les politiciens, le PBF est souvent intéressant pour des raisons électorales
- Pour les bailleurs, le PBF fournit une approche intéressante pour mieux atteindre les Objectifs du Millénaire et d'autres objectifs sociaux

L'installation des Agences d'Achat de Performance indépendantes constitue aussi une opportunité dans des crises politiques et dans le cas où les autorités sont démotivées par l'absence d'une bonne rémunération. A court terme cela permet d'améliorer les services de santé tout en commençant des réformes qui formeront la base d'un nouveau système de santé plus stable et pérenne. L'introduction du PBF n'est pas limitée au secteur de la santé, car le PBF peut être appliqué dans d'autres secteurs comme l'éducation, le développement rural et même les secteurs politico-administratifs et juridiques.

---

1 Loevinsohn B, Harding A. Buying Results? *Contracting for health service delivery in developing countries.* The Lancet 2005 vol. 366:676-681.
2 Center for Global Development. Performance Incentives for Global Health. Potential and Pitfalls. Washington, 2009.
3 Soeters, R. Griffiths, F. *Improving government health services through contract management: a case from Cambodia* Health Policy and Planning ; 2003 vol. 18(1): 74-83

Craintes et malentendus

Il existe souvent des craintes et malentendus parmi les acteurs concernant le PBF. Certains observateurs craignent que le PBF améliore la quantité – les résultats - mais pas la qualité des services de santé. D'autres disent que les coûts administratifs du PBF sont trop élevés. Certains observateurs présentent des arguments idéologiques. Par exemple, le PBF ferait la promotion du « capitalisme » ou même « d'un libre marché sauvage qui protège les fortunés et laisse souffrir les pauvres et les vulnérables ». D'autres craignent le « changement » et se demandent quel sera « leur rôle » dans le nouveau système.

La majorité des ces craintes et malentendus ne sont pas justifiés. Toutefois, nous constatons que ces idées existent et l'objectif du cours PBF est de permettre aux participants d'y répondre. L'existence simultanée de ces expériences positives et de ces craintes a démontré un manque criant de bonne information sur le PBF. Raison pour laquelle il y a un besoin de formation sur les objectifs et les principes du PBF ainsi que sur les différents instruments techniques pour atteindre « une masse critique ».

La terminologie PBF et les opportunités multisectorielles

Il existe des termes différents pour définir les relations contractuelles telles que « l'approche contractuelle » et « la contractualisation ».
Plus récemment, on parle de « financement basé sur la performance » ou « PBF » (performance based financing). Le terme plus générique « contractualisation » paraît trop général pour décrire cette relation contractuelle dans le secteur de la santé. Les arrangements contractuels ne doivent pas être uniquement focalisés sur les aspects juridiques stricts des contrats et sur l'orientation vers le bénéfice comme on le trouve en général dans le secteur privé lucratif. Le succès de la contractualisation dans le secteur de la santé est aussi lié au partenariat solidaire entre différents acteurs pour accomplir des finalités sociales[4,5]. Par conséquent nous utilisons dans ce document le terme plus spécifique de Financement Basé sur la Performance (PBF).

---

4 Perrot J. World Health Organisation The role of contracting in improving health systems performance,, Discussion Paper, *EIP/FER/DP.E.04.4* 2004 http://www.who.int/contracting/fr

5 Pierrot, J, de Roodenbeke, E (éds.) La contractualisation dans les systèmes de santé, Editions Karthala, Paris, France, 2005

1. LA POLITIQUE ECONOMIQUE & SANITAIRE ET LE PBF

Professeur MUNYANGA, Dr Jean Paul NYARUSHATSI, Dr Robert SOETERS

Ce chapitre décrit les liens entre les politiques nationale, socio-économique et sanitaire. Pourquoi le PBF a-t-il été introduit comme nouvelle stratégie de financement du secteur de la santé et comment le PBF peut-il aussi jouer un rôle dans le renforcement de l'économie nationale ?

1.1 Objectifs du module politique nationale

A la fin les participants auront compris :
- Quelques éléments de la politique socio-économique et sanitaire
- Les liens entre l'économie et la santé
- Les réalités et les problèmes rencontrés dans leur mise en œuvre
- Pourquoi le PBF a été introduit comme nouvelle stratégie de financement dans le secteur de santé et comment le PBF peut aussi jouer un rôle dans le renforcement de l'économie nationale

1.2 Les rôles économiques de l'Etat

Chaque gouvernement doit baser sa politique socio-économique sur des principes et valeurs normatifs spécifiques pour chaque pays résultant d'un processus démocratique et politique.

Dans tous les pays on identifie souvent, parmi les rôles économiques de l'Etat, les éléments suivants :
- La recherche de *la croissance économique* pour créer la richesse et augmenter le niveau de vie
- La création *du plein emploi* pour chaque individu afin de satisfaire les besoins élémentaires de chacun et contribuer à la croissance économique. Le chômage est une destruction du capital humain qui empêche l'achèvement de la pleine croissance économique. Le non achèvement de la pleine croissance économique et du plein emploi signifie la continuation de la pauvreté et des déséquilibres sociaux, une source de tensions politiques et de souffrances individuelles
- La *redistribution des ressources* dans une optique d'équité (taxation, impôts), en corrigeant les inégalités
- Le fait de veiller au respect de la loi des finances qui consiste à *équilibrer les recettes et les dépenses* et le fait d'éviter le déséquilibre de la balance de paiements envers d'autres pays et bailleurs. Mais aussi le fait de veiller à l'équilibre des recettes et dépenses des structures sociales comme les formations sanitaires et les écoles
- Le fait de veiller à la stabilité des prix afin de lutter contre *l'inflation* qui décourage les investisseurs et l'épargne

Pour atteindre les objectifs ci-dessus, la grande majorité des pays a adopté *l'économie de marché* comme stratégie qui, selon les lois économiques, régule mieux l'offre et la demande pour distribuer des ressources limitées dans un environnement concurrentiel. Cela implique aussi que l'état doit combattre les tendances des organisations ou des individus à créer des monopoles ou des cartels économiques. Dans les pays basés sur l'économie de marché, ces principes économiques contre les monopoles sont réglés par la loi comme on peut le lire dans l'encadré ci-dessous sur les Pays Bas.

L'Etat a le devoir de *corriger les imperfections du marché* comme, par exemple, la tendance des acteurs puissants à créer des monopoles ou des problèmes de marché où les acteurs moins puissants n'ont pas les mêmes informations ou le même accès aux ressources. L'Etat dispose de plusieurs instruments pour influencer les imperfections du marché comme par exemple les subsides, les taxes et les campagnes d'information du public. Les externalités positives et les biens publics reçoivent des subsides tandis que les externalités négatives sont taxées. Les externalités négatives sont des attitudes non désirables comme le tabac, l'alcool et la pollution.

1.3 La politique nationale de la santé

Chaque Etat a sa propre politique sanitaire, mais cette politique est généralement basée sur des **buts et valeurs universels :**

- Améliorer ***l'état de santé*** de la population à travers une offre de services ***de qualité* accessibles** dans le but d'assurer le respect du droit humain, de renforcer l'économie et le plein emploi et de diminuer la pauvreté à travers des effets économiques de multiplication
- Assurer le ***libre choix des patients pour les prestataires publics et privés*** afin de respecter les valeurs démocratiques et la libre expression des opinions
- Veiller ***à l'équité géographique, culturelle et financière*** de sorte que les ménages contribuent, proportionnellement à leurs moyens, aux dépenses de santé et que les services soient orientés par la demande de soins ressentie respectivement par la population et les professionnels
- Renforcer la capacité et **l'utilisation rationnelle des ressources**, en les orientant vers des prestations efficaces et efficientes à travers des instruments de marché
- Assurer que ***la proportion des dépenses de santé*** par rapport aux revenus des ménages (et de l'Etat) soit raisonnable. Cette proportion varie souvent autour de 8-10 % dans des systèmes hautement dépendants d'une tarification directe du recouvrement des coûts, mais elle est supérieure dans le cas des systèmes d'assurance maladie

1.4 Les problèmes qui empêchent l'atteinte des objectifs nationaux

Même si les buts et les valeurs mentionnés ci-dessus sont présents dans les différents documents nationaux, plusieurs problèmes et contraintes peuvent empêcher leur concrétisation :

- Faible pouvoir des usagers (financier, droits et devoirs réels) pour influencer positivement la performance spécifique des formations sanitaires et le système de santé en général
- Le financement de l'Etat pour la santé peut être insuffisant et plusieurs pays à faibles revenus dépendent excessivement des financements extérieurs
- Faible *vérification et évaluation* du système de santé par les services de santé
- Plusieurs pays peuvent aussi connaitre des problèmes de bonne gouvernance et de transparence, contribuant à une mauvaise distribution et à une gestion non rationnelle des fonds publics

L'allocation inefficiente et non transparente des ressources financières peut être causée par les facteurs suivants :

- Une orientation centralisée de l'exécution des programmes de santé et la distribution « top-down » des contributions comme les médicaments, les équipements et les salaires
- Les stratégies peuvent être orientées vers les activités hospitalières et non pas vers les services au niveau des communautés et des centres de santé
- La tendance à centraliser toutes les décisions économiques par l'intégration du personnel de santé dans la fonction publique. En général ce système ne favorise pas l'esprit de l'entreprenariat des services de santé et ne respecte pas le droit individuel du patient de choisir son prestataire
- La rémunération centralisée du personnel peut comporter des incitations perverses : « Ceux qui travaillent plus, gagnent le même salaire que ceux qui ne travaillent pas ». Cela stimule les paresseux et démotive les gens qui ont la volonté de travailler dur

Ce mode traditionnel de gestion du système de santé ne favorise pas les principes des lois économiques pour distribuer les ressources rares, ce qui le rend inefficient. Ces facteurs défavorables contribuent au non achèvement des objectifs sanitaires et à la faible qualité des soins. Cela entraîne la nécessité d'une révision radicale de la régulation et de la gestion du système de santé. On pourrait alors se demander « Quels sont les défis d'une telle révision ? ». Comment renforcer le plaidoyer pour que les autorités politiques ne considèrent plus le secteur de la santé comme uniquement consommateur de ressources mais aussi comme moteur de développement socio-économique ? Les politiciens et décideurs seront incités à accorder une augmentation du budget quand ils seront convaincus que les ressources sont utilisées de manière efficiente et productive. Comment évacuer cette idée que l'Etat doit avoir le monopole sur la réalisation du service public où règne la logique administrative caractérisée par la prééminence du règlement et de la hiérarchie ? Comment promouvoir la culture managériale où les établissements de soins sont considérés comme des entreprises de santé : guidées par la logique du résultat, la prise en compte de la qualité et du coût des soins ? Souvent cette approche est considérée comme une mauvaise idée surtout si l'opinion populaire est orientée vers une économie centralisée de commandement.
Comment éviter que certains décideurs (surtout aux tendances populistes) considèrent les changements, en faveur des systèmes de santé plus efficients, comme une attaque de leurs intérêts politiques et financiers mieux servis par des méthodes centralisées de commande et de contrôle ?

1.5 Pourquoi l'introduction du PBF dans le secteur de la santé ?

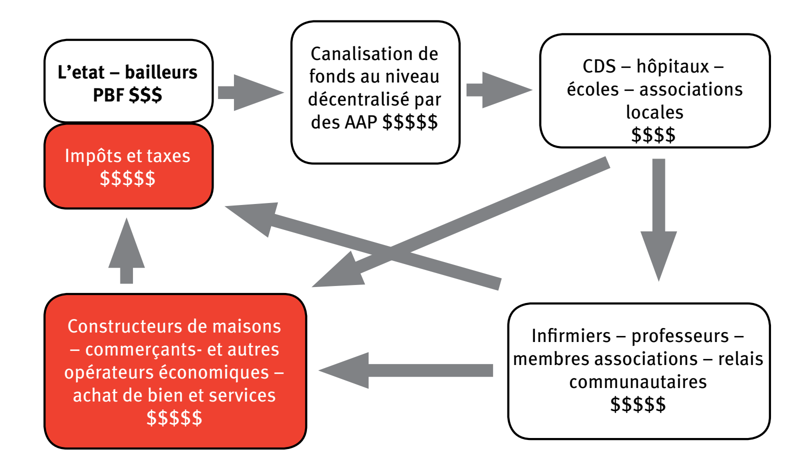
Depuis plusieurs années, les problèmes cités ci-dessus sont biens connus et il existe un mécontentement croissant des acteurs par rapport aux solutions standard comme le financement des contributions, la gratuité des soins et la dépendance des appuis extérieurs. De plus, les liens entre le secteur de la santé et le secteur économique étaient rarement considérés dans la formulation et la mise en œuvre des stratégies sanitaires. Le mouvement mondial des initiatives pour la performance, né en réponse à ce mécontentement, a développé des stratégies alternatives pouvant déboucher sur des services de qualité à moindre coût, qui sont également aussi équitables et pérennes.

On peut confirmer que le PBF contribue au renforcement de la bonne gouvernance des systèmes de santé à travers :

- La création de la transparence (« checks and balances ») en établissant des organisations autonomes au niveau périphérique d'une province ou d'un district, qui garantissent indépendamment la régulation, le déboursement de fonds, la prestation des services de santé et le renforcement de la voix des consommateurs
- La promotion des capacités des gestionnaires grâce à la gestion autonome des services de santé
- La création de la concurrence entre des structures publiques et privées au lieu de - comme c'est généralement le cas – ignorer le secteur privé et envisager le système de santé du gouvernement comme acteur monopoliste
- Toutefois, cela ne signifie pas une approche « laxiste » mais un système dans lequel le gouvernement – souvent assisté par des agences d'achat – aident les gestionnaires des formations sanitaires à améliorer leurs capacités de gestion avec des instruments comme les business plans et l'outil de gestion des recettes et dépenses (application sur l'indice d'attribution de salaires et primes)

1.6 Le lien entre le PBF et le développement économique

Le PBF a pour objectif complémentaire de favoriser la croissance économique en créant des richesses additionnelles et des emplois. Ceci est la résultante du fait qu'il permet d'injecter des ressources publiques et privées en espèces à travers des mécanismes de l'économie du marché dans l'économie locale. Cela stimule des effets de multiplication économique selon le schéma ci-dessous.



Pour créer des effets de multiplication économique, il faut respecter les conditions suivantes :

a) L'autonomie de gestion de chaque formation sanitaire, notamment en ce qui concerne le choix des dépenses des moyens disponibles sans l'imposition de stratégies par des autorités centrales
b) Les tarifs doivent être établis par les lois économiques de l'offre et de la demande et il faut éviter que les décisions sur les tarifs soient prises par une autorité centralisée, qui entraîne souvent des conséquences néfastes en termes de marché noir
c) La décentralisation des lieux de négociation vers les provinces et les districts sanitaires concernant des contrats entre les Agences d'Achat de Performance (AAP) et les formations sanitaires
d) Le paiement en espèces (cash) et non pas en contributions (médicaments, équipement, primes fixes)
e) Le financement, sans discrimination, des formations sanitaires qui présentent les business plans les plus convaincants. Cela implique que les formations sanitaires ont un système de gestion financière transparent. Au cours des négociations, les stratégies des FOSA peuvent être influencées. Lorsque le plan n'est pas convaincant le contrat peut être reporté ou ne pas être renouvelé. Cependant, une fois que le contrat est renouvelé, les gestionnaires des formations sanitaires ont la pleine autonomie de consacrer leurs ressources en fonction de leur business plan spécifique

A la fin, à travers le paiement des salaires, la construction des infrastructures, l'achat de l'équipement et des médicaments, l'état peut taxer ces activités économiques puis réinvestir cet argent dans l'économie locale, etc. Cela stimule une croissance économique pérenne, la création d'emploi et de richesse.

1.7 Le PBF nous permet-il d'atteindre les objectifs du système sanitaire ?

Il est confirmé que le PBF permet d'améliorer le système de santé à travers :

- La stimulation du libre choix des prestataires par les consommateurs. Le patient influence la qualité des services et la motivation du personnel de santé à travers la recherche de son bien-être. L'Etat stimule les prestataires car chaque patient qui a été soigné par une formation sanitaire est subventionné. Cela signifie que **« L'argent PBF suit le patient »**
- La rationalisation du financement basé sur la performance par l'ajustement des imperfections du marché avec l'outil de subsides et de l'information
- Le renforcement de la régulation de l'organisation de l'offre en intégrant le secteur privé. Cette pression concurrentielle tend à améliorer la qualité, à réduire les prix et à renforcer la liberté de choix des fournisseurs de soins de santé pour les patients
- La promotion de la logique managériale dans la gestion autonome des services de santé par une autonomie de gestion et l'introduction des outils de la boîte noire, comme le business plan et l'indice des dépenses générales (celles de la distribution de salaires et celles des primes)
- Le PBF contribue également au règlement des problèmes de gestion des ressources humaines à travers la motivation financière et l'évaluation de la performance individuelle du personnel de santé. Des formations sanitaires dans des zones pauvres ou isolées reçoivent plus de subsidies que celles situées dans des zones moins vulnérables
- Le renforcement de la recherche-action sur les systèmes de santé à travers des enquêtes ménages, des enquêtes de qualité professionnelle et souvent un montage scientifique des expériences pilotes PBF

Le cas du Burundi
Les premières initiatives pilotes « achat de performance » au Burundi ont été introduites par les projets de Bubanza-Cankuzo et de Gitega lancés en 2006 par Cordaid et HealthNet-TPO. Le Ministère de la Santé a adopté la stratégie PBF à l'échelle nationale en respectant les grands principes PBF comme notamment la séparation des fonctions : (a) le Ministère de la Santé Publique (MSP) / le Bureau Provincial de la Santé (BPS) / le Bureau du District de Santé comme régulateurs ; (b) l'Agence d'Achat de Performance (AAP) comme canalisateur du financement ; (c) les Centres de Santé et les Hôpitaux comme prestataires et ; (d) les associations locales pour renforcer la voix de la population.
Une évaluation a eu lieu, basée sur des enquêtes ménages de base de 2006 et d'évaluation de 2008. Les résultats étaient supérieurs dans les deux provinces d'intervention PBF par rapport aux approches traditionnelles de financement de type contribution dans les deux provinces témoins Karuzi et Makamba. En 2008, le gouvernement burundais a décidé d'élargir le PBF à tout le pays.

1.8 Conclusions – réflexions concernant la politique sanitaire

Dans la majorité des pays en développement, les gouvernements ont tendance à avoir des difficultés à identifier leur rôle principal de promotion des objectifs sociaux, lesquels devraient être basés sur des valeurs et des normes (et démocratiquement établis). En mélangeant les rôles de canalisation de finances, la prestation et la régulation, il y a souvent des conflits d'intérêts qui bloquent les pouvoirs efficaces de la régulation.
Cela nous pousse à réfléchir sur la manière de renforcer le système de santé : (1) comment passer de la phase d'urgence au développement ; (2) comment décentraliser le système en respectant la séparation des fonctions entre le régulateur, le prestataire et le canalisateur de fonds tout en ciblant les objectives nationaux ; (3) comment améliorer l'efficacité du financement des fonds publics ?

Comment sortir du cercle vicieux de la performance d'une mauvaise gouvernance conduisant à un mauvais système de santé et à une catastrophe économique ? Les gouvernements doivent renforcer leur rôle de régulateurs tout en stimulant l'économie et en particulier le secteur privé pour la création de richesse et d'emploi. Cela peut être amélioré en stimulant le secteur social, y compris le secteur de la santé, à décentraliser, à devenir plus efficace et en fournissant des services de santé équitables et de qualité. Devons-nous continuer à travailler avec les systèmes de santé inefficaces basés sur la centralisation et une approche de commande et de contrôle ? La situation observée dans un nombre croissant de pays laisse entendre qu'il est temps pour un changement et que des améliorations spectaculaires peuvent être réalisées. Pourquoi certains intervenants continuent-ils à s'opposer ? La question n'est apparemment pas « devons nous changer pour adopter des systèmes de financement de performances ?». La réponse est « Oui ». La question doit donc être : Quelles stratégies faut-il développer pour stimuler le changement, qui devons-nous convaincre ? Par où commencer et quand ?

2. MICRO-ECONOMIE ET ECONOMIE DE SANTE

Pacifique MUSHAGULUSA –– Didier NTIRORANYA

2.1 Objectifs du module

- Définir les principales lois économiques, théories et principes
- Identifier ce que les marchés peuvent atteindre, les échecs du marché et comment corriger les échecs
- Définir et appliquer quelques principes d'économie de marché dans la gestion des structures de santé
- Identifier les opportunités du PBF par rapport aux inconvénients des autres modes de financement dans le contexte d'un pays à faibles revenus

2.2 Introduction à l'économie[6]

Le mot **économie** vient de deux mots grecs : OIKOS qui veut dire « maison » et NOMOS qui signifie « ordre, principe, règle ou loi ». La science économique étudie les problèmes liés à l'utilisation des ressources limitées destinées à satisfaire les besoins humains illimités.

Justification économique de l'intervention de l'État :
Les économistes justifient l'intervention de l'État par des critères allant au-delà de la recherche de l'efficacité. Elle doit tenir compte des problèmes d'accès aux biens et services comme les soins de santé, des questions d'équité et de redistribution des revenus.

Microéconomie = l'étude des échanges économiques des unités de prise de décisions individuelles. Cela peut être les consommateurs individuels (la demande) et les sociétés produisant des biens ou services (offre).
Macroéconomie = l'étude des échanges économiques, au niveau macro, national et international entre agrégats économiques entiers. Elle étudie des questions telles que les niveaux de prix global, le chômage, l'inflation et la croissance économique.

Concepts fondamentaux d'économie :
- **Besoin :** toute aspiration quelconque d'un individu
- **Bien :** toute chose possédant des aptitudes à satisfaire un besoin humain et qui est disponible pour cette fonction
- **Agent économique :** tout individu ou toute institution comme un Centre de Santé ou un hôpital qui constitue un centre de décision
- **Actes économiques :** actions conduites par différents agents économiques
- **Système économique :** il traite des problèmes de répartition des ressources et des procédures de décision

2.3 Boîte à outils de l'économiste

L'économiste dispose d'une gamme d'outils utiles :
- **Analyse historique** à travers des statistiques pour trouver des causalités. *« Il faut étudier le présent, à la lumière du passé, afin de prévoir l'avenir »*
- **Modélisation économique.** Il s'agit de versions simplifiées de certains aspects de l'économie. Les modèles économiques sont souvent exprimés dans des équations, des graphiques ou des mots. Ils sont basés sur l'abstraction, ce qui signifie qu'ils ignorent beaucoup de détails afin de se concentrer sur les éléments les plus importants du problème
- **La théorie économique.** Pour une théorie, il y a des preuves scientifiques. C'est une simplification délibérée des relations utilisée pour expliquer des événements *qui n'ont pas encore eu lieu*. C'est important de traiter avec les possibilités qui ne sont pas réellement apparues. Par exemple, pour en savoir plus sur la manière de réduire le chômage, une théorie économique examine le résultat d'une nouvelle proposition politique. C'est souvent le travail des organisations scientifiques telles que le bureau national de statistiques (aux Pays-Bas) ou l'Ecole de Santé Publique (en RDC)

---
6 Pour ce chapitre sur l'économie, nous avons utilisé le manuel «Economie. Principes & Theory». Onzième édition 2009 de William Baumol et Alan Blinder. Nous recommandons aux lecteurs d'acheter ce livre pouvant servir de référence.

• **Hypothèse.** Il s'agit d'une théorie non testée pour laquelle il n'y a pas (encore) de preuves scientifiques contrairement aux théories économiques. Il y a quelques années, l'hypothèse suivante a été formulée :« le PBF est plus rentable que les décisions centralisées de commande et de contrôle sur les procédures de gestion et de distribution des contributions comme les médicaments». Une telle hypothèse doit alors être testée par l'intervention – contrôle des études pré-post (voir chapitre 4). Cela a été fait dans plusieurs pays comme le Burundi et la RDC et vous trouverez la référence à l'étude réalisée dans la note de bas de page[7]

2.4 Définitions en économie

Bien que la science économique puisse contribuer à la connaissance théorique, testée et factuelle sur un sujet particulier (= **économie positive** = *ce qui est ou ce qui était*), la décision finale sur les questions de politique repose souvent sur des valeurs sociales et éthiques à propos desquelles personne ne peut avoir d'opinion différente (= **économie normative** = *ce qui devrait être*). Idéalement, de telles décisions normatives, politiques sont effectuées par le biais d'un processus démocratique. Il est alors du rôle des économistes – sur la base des théories économiques testées et des modèles - de prévoir quelles sont les conséquences probables, en termes de coût et d'efficacité, de ces décisions normatives.

Pratiquement toutes les ressources sont rares, cce qui signifie que les gens ont moins que ce qu'ils souhaiteraient avoir. Par conséquent, le choix doit porter sur un ensemble de possibilités limitées. Le fait privilégier une chose signifie inéluctablement qu'une autre chose devra être sacrifiée.

En fonction des mécanismes utilisés, différents systèmes économiques existent :

1. **Le système économique libéral ou de marché.** Désigne un programme d'intervention minimale du gouvernement dans le mécanisme du marché. L'essentiel de ce programme consiste à laisser les individus - qui produisent la demande - et les producteurs de l'offre, libres d'effectuer les opérations économiques de leur choix

2. **L'économie de planification centrale.** Ici les preneurs de décisions centrales disent aux gens comment produire, ce qu'il faut produire et consommer. Ce système était appliqué sous le régime communiste dans l'ancienne Union Soviétique (1922-1991). Toutefois, ce système s'est spectaculairement effondré et les anciens pays socialistes ont travaillé dur pour adapter leurs économies aux principes de marché. Même la Chine, qui est encore un pays socialiste, déplace son économie vers le système de marché

La quasi-impossibilité d'une planification centralisée. Comme les processus de production de différentes industries et les préférences des consommateurs sont tous interdépendants, l'ensemble de l'économie peut être perturbée si le problème de la planification de la production n'est pas résolu. Étant donné que l'interdépendance de ces processus de production implique le traitement d'une quantité phénoménale de données, *une planification centralisée est quasi-impossible.*

L'économie de marché (avec la liberté pour les acteurs économiques de modifier les prix conformément à leurs souhaits) fournit une solution à ce problème par le biais de la loi de l'offre et de la demande, qui cherche automatiquement le prix équilibré sans interférence extérieure. Toutefois, les marchés libres peuvent échouer à résoudre des problèmes de chômage ou à protéger l'environnement et tous les objectifs d'une société ne peuvent pas être résolus grâce aux marchés libres. Le marché libre peut atteindre trop ou trop peu de buts sociaux et des acteurs bien informés peuvent manipuler le marché à des fins malveillantes et ainsi engranger des profits irréalistes. Ce livre ne défend pas ni n'attaque le système capitaliste, mais même les socialistes tels que Karl Marx conviennent que le marché est remarquablement efficace dans la production et la distribution de marchandises. Le système de libre marché économique est la forme la plus aboutie de la distribution des ressources rares, mais les marchés ne sont pas infaillibles. Pourtant, ces erreurs peuvent être corrigées par des techniques de marché telles que les subventions (améliorer les services souhaitables), les impôts (réduction de mauvaises habitudes comme fumer), les campagnes d'information (pour promouvoir le comportement souhaité tel que la vaccination ou l'accès au planning familial) et la régulation par le gouvernement (comme pour l'assurance qualité dans le marché de la santé).

Coordination dans une économie : Elle consiste à décider comment allouer les ressources limitées. Toute société est amenée à prendre trois types de décisions : (1) Elle doit comprendre comment utiliser efficacement les ressources pour atteindre les possibilités économiques maximales ; (2) Elle doit décider des marchandises à produire – les quantités en alimentation, le nombre de voitures, les soins de santé, etc. ; (3) Elle doit décider quelle quantité de chaque bien sera distribuée à chaque personne.

---

7 Voyez les rapports "Enquête Ménage Burundi 2006-2008 et Etude d'Evaluation RDC 2005-2008 sur le site internet : http://www.cordaidpartners.com/rooms/performance-based-financing.

Choix dans la production : C'est le système de marché qui détermine ce que produit la société en vertu de la loi de l'offre et de la demande. En vertu du non-interventionnisme, la répartition des ressources d'une société dépend de 2 facteurs clés : (a) les préférences des consommateurs et ; (b) la relative difficulté de produire les biens (coût de production). Le prix varie de sorte que la quantité produite soit égale à celle qui est nécessaire.

Planification de la production : En vertu du non-interventionnisme, c'est le système de prix qui distribue l'énergie et les autres matières premières entre les différentes industries conformément aux besoins de chacune. Dans un marché libre, les facteurs de production sont attribués aux entreprises qui sont capables de les utiliser de manière productive. Les entreprises incapables d'utiliser un facteur de production de façon productive sont poussées en dehors du marché par le prix de ce facteur (elles peuvent faire faillite).

Distribution des produits aux consommateurs : Le système de prix remplit cette tâche en allouant des prix élevés aux produits de forte demande et en laissant les acteurs libres d'agir conformément à leurs propres intérêts, leurs préférences, ainsi que les revenus des consommateurs.

Coût de renonciation ou d'opportunité : Le *coût de renonciation* d'une décision correspond à la valeur de la possibilité la plus intéressante à laquelle vous devez renoncer en raison d'une décision (p.ex. travailler au lieu d'étudier). Ce n'est pas la somme consacrée à l'achat d'une maison ou d'un nouvel ordinateur ou aux dépenses liées aux études des enfants qui représente le *coût réel d'une décision*. C'est plutôt la *valeur de ce qu'il faut sacrifier* comme des repas au restaurant, un nouveau bureau ou des vacances. Ce *coût de renonciation* ou d'opportunité correspond à toutes les *possibilités* auxquelles l'individu, l'entreprise ou l'organisme doit renoncer pour se procurer les biens désirés. Si on veut faire des choix logiques, le coût de renonciation doit être pris en considération dans le processus décisionnel.

Toutefois, lorsque le marché fonctionne mal (p.ex. si le décideur central impose des décisions de marché), le coût de renonciation ou d'opportunité peut être très élevé. Ce cas de figure se produit fréquemment dans les pays en développement lorsque les administrateurs centraux décident des procédures de gestion et de distribution des contributions, comme c'est le cas pour les médicaments, à la place des gestionnaires des structures de santé. Dans ce cas le coût d'opportunité d'une formation sanitaire spécifique peut être très élevé tandis que les vrais besoins sont, par exemple, des réhabilitations d'infrastructures ou le fait d'augmenter les rémunérations du personnel.

L'avantage comparatif.
Même si un pays (ou un individu) est en situation de désavantage absolu par rapport à un autre dans la production de tous les produits, il détient un avantage comparatif dans la fabrication de biens pour lesquels il est moins inefficace, par rapport à l'autre pays.

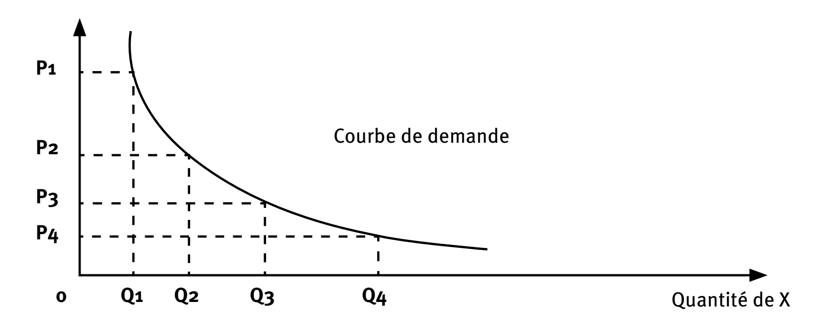
Exemple d'avantage comparatif
Supposons que Gérard, élevé dans une ferme, soit un bon cultivateur et gagne $ 1 000 par mois. Supposons aussi qu'il rencontre beaucoup de succès comme chanteur et qu'il obtienne jusqu'à $ 2000 pour un spectacle dans un hôtel ou dans une boîte de nuit.
Q/ Devrait-il refuser des engagements afin de se ménager du temps pour cultiver ses terres ?
R/ Bien sûr que non ! Il devrait plutôt proposer ce travail agricole à Léon, un fermier moins efficace, pour labourer à sa place. Certes, Gérard est plus expérimenté que Léon en agriculture, mais il est plus rentable pour lui de confier ses activités agricoles à Léon. Car, si ce dernier n'excelle pas dans les travaux agricoles, ses compétences de chanteur sont pires encore mais il peut libérer Gérard de ses obligations agricoles pour gagner plus d'argent avec des spectacles. C'est ainsi que Gérard gagne sa vie en exécutant un travail pour lequel il affiche un avantage comparatif et ainsi les deux individus y trouvent un avantage.

2.5 La demande de biens dans la micro-économie

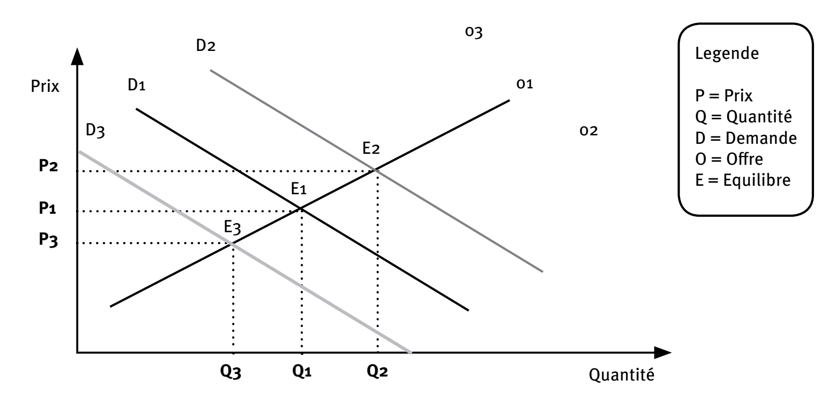
La quantité de biens demandés dans une économie dépend de plusieurs facteurs :
- Le *prix* du bien concerné (Px)
- Les prix des *produits substituables* (bœuf au lieu de porc ou de poisson)
- Le *revenu disponible* (R) du consommateur
- Les *goûts* du consommateur (p.ex. influencés par les publicités)
- La *croissance démographique*

La loi de la demande se dégage à partir de l'hypothèse selon laquelle les prix des produits substituables, le revenu disponible du consommateur, les goûts et la croissance démographique restent constants. D'où la loi de la demande suivante : *« Toutes choses étant égales par ailleurs, les quantités demandées d'un bien varient en fonction inverse de son prix »*.

La courbe de la demande est décroissante de gauche à droite ; sa pente est donc négative puisque lorsque le prix diminue, la quantité demandée augmente.



Déplacement de la courbe de la demande. Une variation du prix d'un bien donné provoque un déplacement de la demande fixe le long d'une courbe. A l'opposé, une variation de l'un des autres facteurs (revenu, croissance démographique, goût des consommateurs, etc.) susceptibles d'influer sur la demande de ce bien provoquera le déplacement de la courbe de la demande.



Par conséquent, tout facteur (croissance démographique, produit populaire) qui provoque le déplacement de la courbe de la demande vers la droite sans modifier la courbe de l'offre, entraîne une hausse du prix et de la quantité d'équilibre. Tout facteur (diminution des revenus des ménages, introduction d'un produit substituable dans les magasins) qui provoque le déplacement de la courbe de la demande vers la gauche sans modifier la courbe de l'offre, entraîne une baisse du prix et de la quantité d'équilibre.

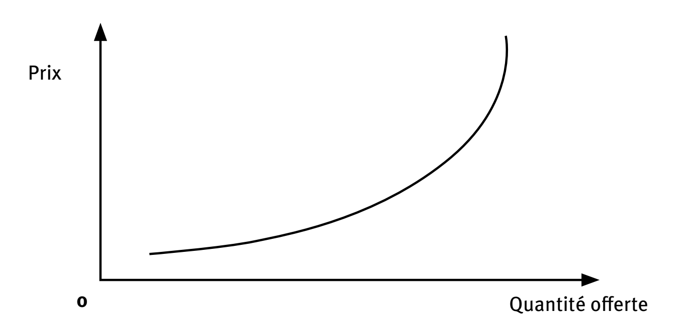
2.6 L'offre dans la micro-économie

L'offre d'un bien, c'est la quantité de ce bien offerte sur le marché par un vendeur à un prix donné. **La quantité de l'offre d'un bien dans une économie dépend de plusieurs facteurs, notamment : notamment :**

- Prix du bien concerné
- Taille de l'industrie
- Progrès de la technologie
- Prix des facteurs de production
- Prix des produits connexes

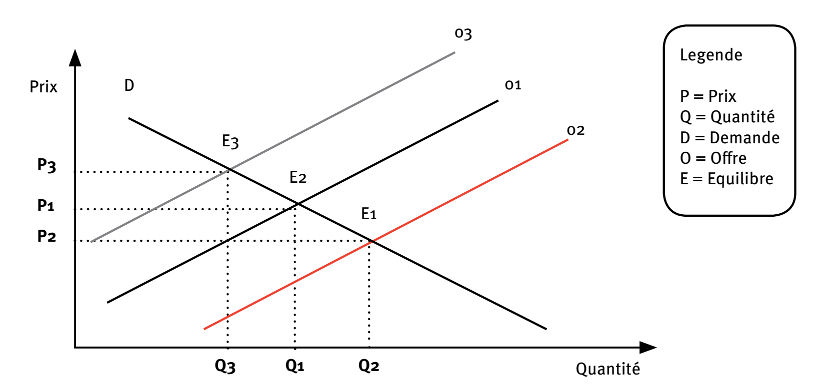
Loi de l'offre

Plus le prix d'un bien augmente, plus la quantité de ce bien offerte sur le marché est importante. D'où la loi de l'offre suivante : ***« Toutes choses étant égales par ailleurs, les quantités offertes d'un bien varient en fonction directe de son prix »***. La courbe de l'offre est croissante de gauche à droite ; sa pente est donc positive parce que lorsque le prix augmente, la quantité offerte augmente aussi.



Déplacement de la courbe de l'offre. Une variation du prix d'un bien donné provoque un déplacement de l'offre fixe le long d'une courbe. A l'opposé, une variation de l'un des autres facteurs (prix des facteurs de production, taille de l'industrie, progrès de la technologie, etc.) susceptibles d'influer sur l'offre de ce bien provoquera le déplacement de toute la courbe de l'offre.

Par conséquent, tout facteur (progrès technologique) qui provoque le déplacement de la courbe de l'offre vers la droite sans modifier la courbe de la demande, entraîne une baisse du prix et une hausse de la quantité d'équilibre. Tout facteur (prix de facteur de production) qui provoque le déplacement de la courbe de l'offre vers la gauche sans modifier la courbe de la demande, entraîne une hausse du prix et une baisse de la quantité d'équilibre vers la gauche.



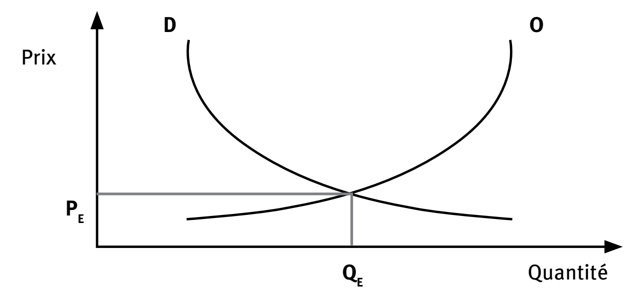
Pénurie d'un bien : la quantité demandée est supérieure à celle offerte
Surplus d'un bien : la quantité offerte est supérieure à celle demandée

L'élasticité de la demande par rapport au prix concerne la proportion de l'augmentation de la fréquentation (dans le cas du PBF: le nombre de consultations, donc la demande) divisée par la proportion de la diminution du prix. Si l'élasticité est › 1 cela veut dire que la proportion de la fréquentation augmente plus que la proportion de la diminution de prix.

L'élasticité dans une formation sanitaire
L'élasticité de la demande est très importante dans les services de santé. Si l'élasticité est très élevée, une diminution de la tarification des services de santé peut augmenter les recettes d'une formation sanitaire. Par contre si l'élasticité est basse, les gestionnaires des formations sanitaires peuvent augmenter la tarification sans que cela influence la demande et ainsi les bénéfices seront plus élevés. Dans ce cas, l'Etat peut influencer le prix de l'offre aux patients à travers des subsides et en stimulant la concurrence entre les prestataires.

2.7 L'équilibre dans la micro-économie

Prix d'équilibre. Sur un marché libre, le jeu de l'offre et de la demande permet de déterminer un prix et une quantité d'équilibre autour desquels, en pratique, graviteront vraisemblablement le prix réel et la quantité réelle. Dans un système donné, il y a équilibre lorsque les forces inhérentes ne provoquent pas de changement. Le cas échéant, l'équilibre ne sera rompu que par des facteurs externes.



D : courbe de la demande ; O : courbe de l'offre ; P_E : Prix d'équilibre ; Q_E : Quantité d'équilibre

2.8 La concurrence parfaite

La concurrence parfaite se produit dans une industrie lorsque cette industrie est composée de nombreuses petites entreprises fabriquant des produits homogènes, lorsqu'il n'y a pas d'obstacle à l'entrée ou à la sortie des entreprises, et lorsqu'une information complète est disponible.

En résumé, voici les conditions de concurrence parfaite :
a) Nombreux petits vendeurs et clients : C'est l'atomicité. Cela empêche les arrangements collusoires où les entreprises travaillent ensemble pour fixer les prix
b) Homogénéité du produit. Le produit fourni par toute entreprise est identique et les consommateurs ne s'intéressent pas à l'entreprise dont ils achètent le produit
c) La liberté des entreprises de pénétrer sur le marché pour concurrencer les firmes existantes. Mais aussi, lorsqu'une entreprise n'est plus rentable, le fait qu'aucune barrière ne devrait l'empêcher de quitter le marché
d) Informations parfaites entre les fournisseurs et consommateurs

Toutes ces exigences sont rarement satisfaites dans la pratique. Les marchés africains en plein air où sont vendus des légumes produits localement, des fruits ou des aliments de base comme le sorgho sont probablement les plus proches. Pourquoi alors, étudions-nous la concurrence parfaite ? La réponse est que dans des conditions parfaites le mécanisme de marché est la meilleure manière d'utiliser les ressources rares de la société pour les entreprises et les consommateurs.

2.9 Les prix plafond et plancher et la main invisible d'Adam Smith

Lorsqu'il y a ***pénurie d'un produit***, le prix a tendance à augmenter. Parfois, des consommateurs irrités exercent des pressions pour inciter les politiciens à « régler » le problème par un **plafonnement des prix**. Cela est le cas avec des prix nominaux ou même à zéro (la gratuité) pour les services de santé.

Lorsqu'il y a ***abondance d'un produit*** (p.ex. suite aux conditions météorologiques favorables), les récoltes sont exceptionnelles et les prix ont tendance à baisser. En pareil cas, évidemment, les producteurs sont mécontents et cherchent, parfois avec succès, à promouvoir des lois qui empêchent les prix de diminuer en dessous d'un certain minimum par la fixation d'un **prix plancher**.
De telles tentatives d'entraver le fonctionnement de la loi de l'offre et de la demande aboutissent généralement sur des échecs et donnent des résultats tout à fait contraires à l'effet recherché :

a) Lorsqu'un état contrôle les loyers pour protéger les locataires, le logement se raréfie, à cause de la loi, parce qu'il n'est plus rentable de construire ni d'entretenir les immeubles d'habitation
b) Quand un Gouvernement fixe un salaire minimum pour protéger les travailleurs marginaux, les emplois marginaux disparaissent
c) Lorsqu'on établit un prix plancher pour les produits agricoles, les excédents s'accumulent dans les entrepôts

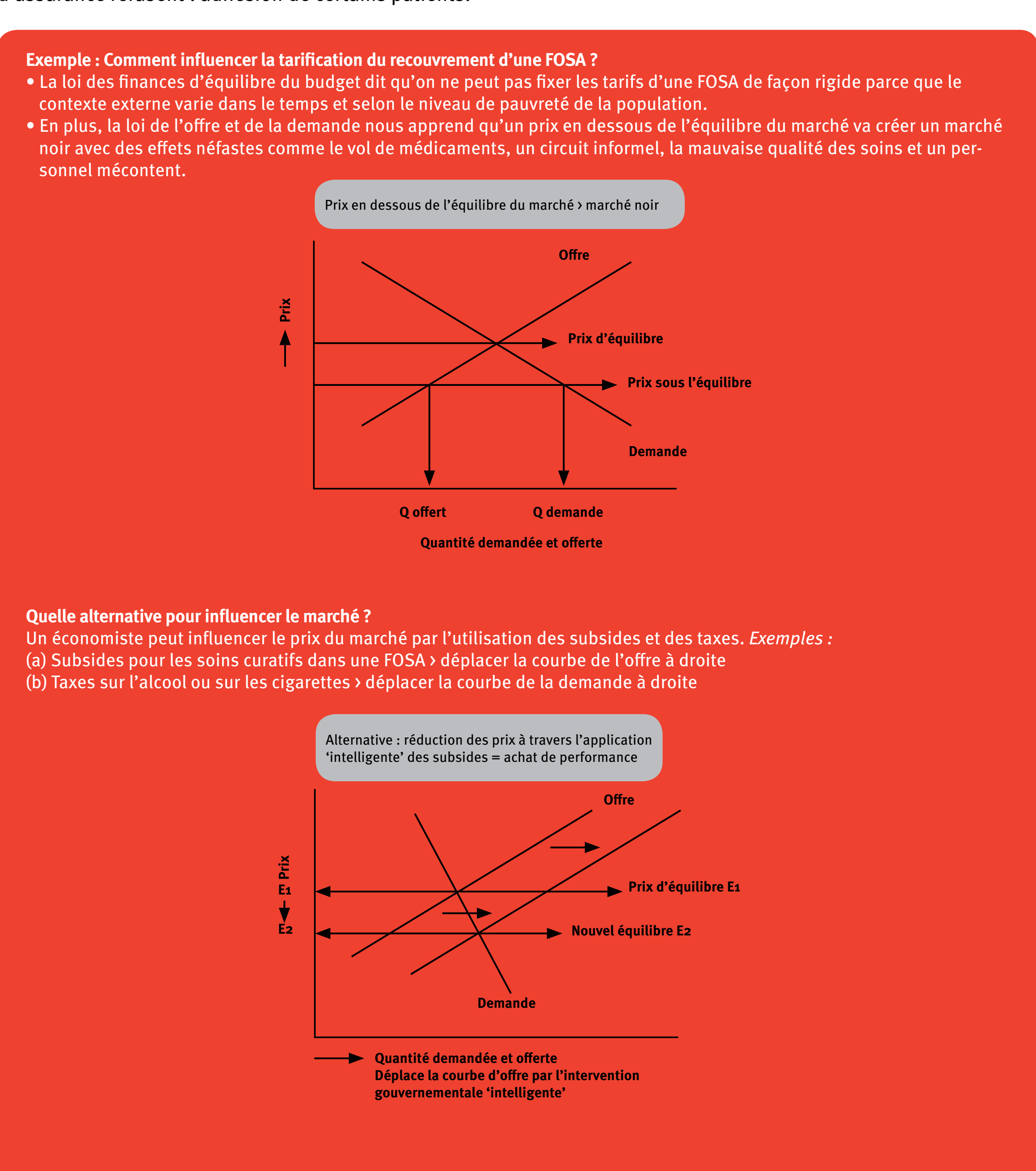
Les dirigeants politiques qui tentent d'entraver le fonctionnement de la loi de l'offre et de la demande sont susceptibles de provoquer des problèmes imprévus. Par la « main invisible », le jeu du marché libre a souvent indisposé les gouvernements qui essaient de le contrecarrer en haussant ou en baissant le prix établi de certains biens par des décrets, sous prétexte qu'il est trop bas ou trop élevé.

Ceci produit une chaîne de conséquences qui sont :
- la pénurie persistante des biens concernés
- le marché illégal / illicite ou marché noir
- les prix du marché noir, presque toujours plus élevés que ceux d'un marché libre
- l'enrichissement des agents du marché noir au détriment des fabricants des biens visés

2.10 Comment utiliser les instruments de marché pour améliorer les objectifs sociaux ?

Dans la logique du marché libre, au lieu d'imposer des prix irréalistes sur le marché, les gouvernements devraient utiliser les méthodes de marché pour atteindre les objectifs sociaux.

Exemples de marché orienté solutions : Les services qui ont des externalités positives élevées (la vaccination ou le planning familial) ou qui ont des caractéristiques de biens publics (éducation sexuelle et l'utilisation de pratiques d'hygiène) devraient être subventionnés. Les fausses informations devraient être réfutées par des campagnes d'information. Un règlement pour empêcher les entreprises non qualifiées ou prestataires de pénétrer sur le marché devrait être rédigé. Les entreprises publiques ou privées qui cherchent à monopoliser le marché devraient être punies et les concurrents encouragés à entrer sur le marché. Les marchés d'assurance maladie présentent également de nombreux problèmes. Le *hasard moral* implique que les membres d'une mutuelle, sachant qu'ils ne doivent pas payer pour les services de santé abusent du système et l'utilisent trop. Cela peut être corrigé par des paiements additionnels. Dans les pays à faibles revenus, il existe aussi des solutions alternatives pour atteindre les mêmes objectifs sociaux tels que le PBF. *La sélection adverse* par les compagnies d'assurance consiste à sélectionner uniquement les clients jeunes ou en bonne santé. Cela devrait être réglementé afin d'éviter que les compagnies d'assurance refusent l'adhésion de certains patients.



Un monopole est une situation où il existe seulement un producteur et où il n'y a aucun produit de substitution ou autre fournisseur disponible (dans une ville) et où il est extrêmement difficile ou même impossible qu'un autre producteur ou distributeur survive. Cette situation est considérée comme une faille du système de marché. Ce qui n'est pas dans l'intérêt public car le monopole ne représente pas le rendement idéal de la concurrence parfaite. Notamment, nous constatons qu'en situation de monopole, les mécanismes ne parviennent pas à répartir efficacement les ressources de la société.

Il y a seulement quelques situations où les monopoles sont justifiés tels que celui d'un producteur ou d'une usine qui est autorisé à protéger les investissements réalisés pour découvrir et tester de nouveaux médicaments. Toutefois, le plus souvent, les monopoles sont indésirables et nuisibles à la société. Ils aboutissent à une utilisation inefficace des ressources publiques rares, à des services de mauvaise qualité et à des prix trop élevés pour les matières premières. Les sources de ces monopoles sont les obstacles à l'entrée tels que les restrictions légales (système de distribution de médicaments en RDC), le contrôle de maigres ressources (telles que le syndicat sud-africain de diamant Beers), les grands coûts fixes (tel le gros avion Boeing Jumbo 747 jusqu'à ce que l'Airbus 380 n'entre sur le marché), la supériorité technique (Microsoft sur les ordinateurs Windows) et les compétences supérieures (par exemple, les connaissances sur le PBF et entre 2002-2009, quelques ONG comme Cordaid avaient presque le monopole en matière de compétences techniques pour fournir le PBF).

Le rôle de l'Etat est de stimuler un fonctionnement parfaitement concurrentiel dans plusieurs domaines, sans pour autant influencer la libre opération de ces marchés. Les pouvoirs publics doivent lutter contre les monopoles et les cartels des entreprises qui cherchent à obtenir un pouvoir non concurrentiel. Les pouvoirs publics doivent prendre en charge la production de biens publics comme les services de l'armée, de la police ou de la justice. L'Etat doit aussi réduire les inégalités en redistribuant les ressources.

Le monopole naturel désigne une industrie ou un fournisseur qui a un avantage en matière de production de masse. Une seule entreprise peut mieux répondre à la totalité de la demande du marché et à un coût moindre que plusieurs entreprises ou fournisseurs qui offrent de plus petites quantités.

Exemple de monopoles naturels : le chemin de fer et un hôpital de district
Il n'est pas efficace de construire deux chemins de fer l'un à côté de l'autre. On peut également considérer qu'un hôpital de district est un monopole naturel car ce serait du gaspillage de construire deux hôpitaux de district l'un à côté de l'autre pour une population de 100 000 habitants. Par conséquent, il n'est pas logique de construire de nouveaux chemins de fer ou des hôpitaux pour des raisons de monopole naturel. Toutefois, pour stimuler la concurrence, il est possible de changer la gestion de l'hôpital ou d'avoir plusieurs sociétés d'exploitation de train sur les mêmes voies de chemin de fer. En outre, le gouvernement peut aussi stimuler le secteur privé pour ouvrir de nouveaux hôpitaux en concurrence avec les hôpitaux publics.

2.11 Introduction à l'économie de santé

La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût. D'où la nécessité d'appliquer les lois économiques pour une gestion rationnelle des ressources affectées qui sont toujours limitées au secteur de la santé. L'économie de santé est une discipline très jeune des années 1970 et 1980. Au cours de la conférence d'Alma Ata de 1978 sur les soins de santé primaires, il y avait peu d'attention pour la rareté des ressources car celles-ci semblaient illimitées. Et puisque la santé ne devrait pas avoir de prix, le slogan « Santé pour tous dans les années 2000 » avait été inventé. Cependant, la question de la rareté et de la distribution des ressources limitées est devenue indéniable avec, d'un côté, le progrès rapide dans la technologie de la santé et de l'autre, l'incapacité de fournir des soins de santé de base dans les pays en développement.

Définition de l'économie de la santé : l'étude de la rareté et du choix dans le secteur de la santé.

Objectifs de l'économie de santé : L'économie de santé cherche à déterminer la manière d'offrir des prestations sanitaires de qualité et équitables aux prix les plus bas.

Dans les perspectives **macroéconomiques**, l'économie de la santé étudie l'importance de la santé pour l'économie dans son ensemble et la proportion optimale des dépenses de santé par rapport à l'économie totale. La macroéconomie étudie également comment augmenter la croissance économique à travers des effets multiplicateurs économiques et comment stabiliser la situation démographique dans un pays donné. **Sur le plan microéconomique** il faut aussi faire des choix coût-efficacité sur la manière de répartir des ressources limitées entre les niveaux primaire, secondaire et tertiaire ainsi que des interventions curatives et de santé publique (curatives – préventives – promotionnelles).

On peut identifier trois types d'efficacité :
1) *Efficacité allocutive.* Quelles interventions permettent d'obtenir des gains optimaux ? Le rapport coût-efficacité est souvent exprimé en DALY (= Disability Adjusted Life Years = Années de Vie d'Invalidité Ajustée). Cet indice estime le nombre d'années gagnées en termes de mortalité ou d'invalidité évitée. Les DALY sont exprimées en dollars : par exemple, vaccination ($ 20) au lieu de la chirurgie cardiaque ($10 000)
2) *L'efficacité technique.* Comment la même intervention peut-elle être effectuée de la manière la plus efficace possible en termes de technique ? Par exemple, pour un programme d'immunisation, est-ce qu'il est plus efficace de choisir une stratégie fixe dans un centre de santé ou une stratégie avancée
3) *L'efficacité administrative.* Par exemple, la question est de savoir si les programmes de santé devraient être gérés de manière centralisée avec une hiérarchie publique ou de manière décentralisée avec concurrence entre les structures publiques et privées

Différents types de coûts :
- **Coût direct** = valeur monétaire des articles et des services liés aux soins directs = médicaments, salaires, consommables
- **Coût indirect** = valeur monétaire des articles et des services non liés aux soins directs = amortissement d'infrastructures, grand équipement
- **Coût marginal** = valeur monétaire d'une unité supplémentaire
- **Coût moyen** = moyenne des valeurs monétaires des unités

2.12 Besoins ou demande de soins

En économie, on sait que la demande naît d'un besoin et que le souhait du consommateur est de maximiser la satisfaction de ce besoin par l'acquisition d'une certaine quantité de biens ou de services. Qu'en est-il dans le domaine médical ?

Il y a trois types de besoins dans le secteur de la santé :
- Besoins *ressentis par le patient ou consommateur*, qui sont habituellement aussi exprimés. Le traitement de la pneumonie est généralement un besoin ressenti par l'individu et souvent aussi confirmé par le prestataire de santé
- Besoin normatif défini par les *professionnels* et pas ressenti par les patients. Par exemple, la mauvaise hygiène personnelle ou l'assainissement, l'eau polluée ou des actes sexuels dangereux peuvent être un problème déterminé par des professionnels qui doivent être abordés mais qui ne sont pas nécessairement des besoins ressentis par le patient
- Un besoin ressenti et exprimé par les consommateurs mais *non satisfait*. Egalement appelé demande non satisfaite pour un service de santé donné. La demande non satisfaite peut être causée par des problèmes financiers (soins curatifs) ou par la non-existence des services (le traitement antiviral du SIDA, la prestation de services du planning familial)

Une maladie est généralement inattendue et ne peut donc pas être envisagée de la même manière que l'achat d'un ordinateur ou d'une voiture. Les patients ne savent pas à l'avance s'ils tomberont malades et quels seront les coûts.

2.13 L'offre de soins

Les services de santé sont produits par les facteurs suivants : capital, ressources humaines, terre, équipements et organisation. Toutefois, le facteur « organisation » est souvent mal compris comme si cela était de fait disponible. En fait, seul l'esprit d'entreprise peut assurer une utilisation efficace des nouveaux services. C'est la clé du succès. Par conséquent, l'esprit d'entreprise est la principale source de croissance et de potentiel de développement. De plus, les pays ont toujours plusieurs sources inexploitées de développement, qui sont souvent ignorées. En dehors des services de santé publique on peut souvent identifier plusieurs autres prestataires de soins de santé privés formels et informels : les pharmacies et les guérisseurs traditionnels. Ces services de santé peuvent être homogènes (un centre de santé du gouvernement ou privé) ou des substituts (un centre de santé, une pharmacie ou un tradi-praticien).

Augmentation de l'approvisionnement du marché de la santé par la recherche scientifique : Le développement de nouvelles méthodes de diagnostic et thérapeutiques de santé permet de transformer l'incertitude liée à l'issue de la maladie en un état de certitude. L'amélioration de la santé de la population par la recherche crée de nouveaux services (l'offre) et augmente la demande de services de santé. Pour cette raison les frais du système de santé ont toujours tendance à être à la hausse. Par exemple aux États-Unis, les dépenses de santé constituent plus de 14 % du produit intérieur brut. En Europe, elles constituent environ 12 %, mais en Afrique, elles constituent souvent moins de 10 %.

2.14 Les échecs du marché de la santé

1. Asymétrie de l'information ?
En économie, la symétrie existe quand le consommateur et le producteur ont la même information sur le bien ou la transaction. Quand deux entités négocient la conclusion d'un marché et que l'une d'elles dispose d'une information plus adéquate, le problème de **l'absence de symétrie de l'information apparaît**, ce qui constitue une faille du marché de la santé.

Le marché des soins de santé fonctionne comme un marché à concurrence parfaite. Par exemple, un individu avec des maux de tête ou une infection respiratoire simple qui cherche du paracétamol ou une cure d'antibiotique. Dans ce cas, il existe une **symétrie d'information** car le patient sait ce qu'il attend du médecin (qu'il donne l'ordonnance conforme à l'attente du patient). Cependant, dans le marché de la santé, il y a aussi des situations de concurrence imparfaite comme, par exemple, une douleur au thorax, mal comprise par le patient, mais mieux comprise par le médecin qui sait analyser le problème grâce à ses connaissances supérieures et la disponibilité de plusieurs outils de diagnostics. Dans ce cas, il existe une **asymétrie d'information**. Le prestataire se substitue parfois au patient dans l'expression de la demande = **La demande est induite par l'offre**. Ainsi, à coté de l'individu qui devrait être le demandeur de soins, le prestataire influence également la demande de l'individu.

2. Externalités et biens publics
En économie, une externalité est un impact sur une partie qui n'est pas directement impliquée dans la transaction. Dans ce cas, les prix ne reflètent pas la totalité des coûts ou avantages de production ou de consommation d'un produit ou service. Une **externalité positive** est appelée un avantage externe, alors qu'une **externalité négative** est appelée un coût externe. Producteurs et consommateurs dans un marché peuvent ne pas supporter tous les coûts ou ne pas récolter tous les avantages de l'activité économique. Par exemple, la pollution atmosphérique par des usines impose des frais sur l'ensemble de la société, alors qu'une protection contre l'incendie améliore la sécurité en termes d'incendie chez les voisins.

Externalités positives en santé : p.ex. le traitement de la tuberculose ou la vaccination. Le patient atteint de la tuberculose peut exiger moins de soins en comparaison avec ce qui est souhaitable pour la société. Il peut ne pas être disposé à faire des efforts considérables pour être traité de la peur ou de la dépression. Bien que cela puisse être compris par l'individu, il est dangereux pour la société que les maladies infectieuses s'étendent. Une mère peut ne pas être disposée ou trop occupée pour faire vacciner son enfant, alors que cela réduirait l'immunité contre la polio ou contre la rougeole pour tous les enfants de la société.

Externalités négatives en santé : la pollution, l'alcool, la cigarette, la pisciculture (qui provoque la croissance des moustiques et donc du paludisme). Les producteurs de la pollution, comme une usine de ciment, ne sont pas intéressés par la protection de l'environnement parce que les mesures correctives augmentent leurs coûts de production et réduisent donc les bénéfices. Pourtant, pour la société, la lutte contre la pollution est importante et le gouvernement doit prendre des mesures pour protéger l'environnement.

Un bien public - également appelé un « bien de mérite ». Il s'agit d'un produit ou service qui profite à tout le monde et dont il est impossible d'empêcher l'utilisation. C'est aussi une défaillance du marché car, si vous laissez le marché libre gérer ces biens publics, il y aura moins d'approvisionnement de ces biens publics parce que personne sur le marché n'est prêt à payer pour eux. Exemples : informations sur les pratiques dangereuses en santé, la construction de routes, les forces de sécurité. Le gouvernement doit alors intervenir pour chercher une solution collective.

3. Echecs du marché d'assurance maladie
Les marchés d'assurance-maladie sont particulièrement sujets aux défaillances du marché.

Le risque moral est la tendance à la surconsommation et à la surproduction des services de santé lorsque la personne utilisant ces services n'est pas celui qui paie directement. C'est le cas lorsqu'il y a un tiers payant, qui paie la facture comme une compagnie d'assurance. Il peut y avoir le *risque moral du patient*, mais aussi le *risque moral du fournisseur de service* qui, sachant que le patient est assuré, peut augmenter les services fournis pour obtenir des gains financiers. Ce risque moral peut être corrigé par un ticket modérateur (qui fixe un montant ou un pourcentage du total de la facture payé par l'assuré) et le paiement d'un risque propre (« own risk »). Cela augmente les dépenses des consommateurs assurés et ainsi diminue leur incitation à consommer inutilement. Par conséquent, pour l'assuré c'est une incitation financière négative pour chercher des soins.

La **sélection adverse** décrit la tendance selon laquelle seules les personnes qui pensent avoir besoin d'une assurance vont cotiser. Des gens en mauvaise santé sont tentés de cotiser à une assurance santé parce qu'ils anticipent d'importantes factures médicales. De l'autre côté, les personnes qui s'estiment en bonne santé peuvent décider que l'assurance médicale est une dépense inutile. Si elles voient le médecin une fois par an, il vaut mieux payer cette facture unique que payer la cotisation d'une assurance pour toute une année. Toutefois, les dépenses de santé encourues par les patients à haut risque entraînent une augmentation des cotisations moyennes.

Ainsi, davantage de patients à faible risque abandonneront le système d'assurance. Cela créé un système d'assurance qui devient de plus en plus cher et peut, à terme, conduire à la faillite du système. C'est malheureusement très courant avec les systèmes d'assurance-maladie dans les pays en développement.

L'anti-sélection se produit lorsque l'assureur en sait plus sur les consommateurs que les consommateurs eux-mêmes et essaie de sélectionner seulement ceux qui représentent le moins de risques dans la population. Ils peuvent privilégier les jeunes en bonne santé et empêcher l'adhésion de patients à risque (diabète, patients séropositifs et patients âgés).

2.15 Méthodes de financement de la santé

Les méthodes de financement de la santé les plus souvent identifiées sont les suivantes :

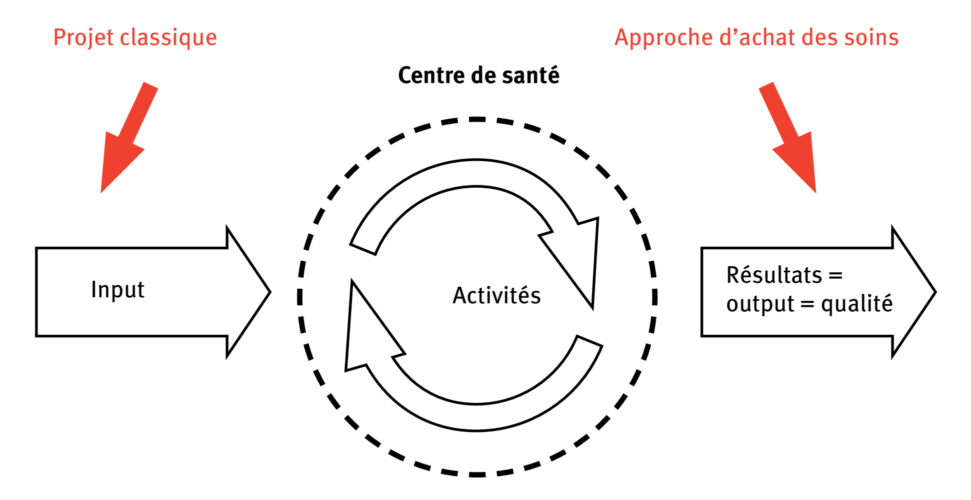
1. **Organisation et financement centralisé à travers un système national de santé (National Health Service ou NHS)**
Ce genre de financement a été promu pendant la conférence d'Alma Ata de 1978 pour l'introduction des soins de santé primaires (PHC) : « La santé pour tous ». Il applique principalement les services de santé gratuits fournis par des formations sanitaires publiques qui sont organisées à travers des districts de santé. Dans les faits, il s'agissait d'un système de monopole public selon lequel les déboursements des fonds, la régulation et la prestation de santé étaient tous assurés par la même hiérarchie du ministère de la santé, des autorités provinciales et des autorités sanitaires de district. Ce système a souvent été associé à la prise de décision centralisée sur les procédures de gestion des formations sanitaires et la distribution centralisée de contributions telles que les médicaments, les salaires, les infrastructures et les équipements. Par ailleurs, la collaboration avec le secteur privé a souvent été ignorée. Il existe peu d'éléments prouvant que ce système national de santé soit rentable. Dans les pays en développement également, les résultats positifs sont douteux.

2. Assurance santé *obligatoire*
Les employeurs et les employés doivent verser des primes pour les services de santé à une compagnie d'assurance indépendante. Cette compagnie (ou le gouvernement central) négocie des remboursements fixes pour un ensemble bien défini de prestations de service de santé pour le patient assuré. L'avantage de l'assurance obligatoire est qu'il empêche les problèmes liés à la sélection adverse des patients et l'anti-sélection de compagnies d'assurance maladies. Les gouvernements doivent fortement subventionner le système d'assurance maladie car sans ce subside, le paiement des primes pour les patients devient trop élevé, en particulier pour les pauvres. Dans les pays avec une grande proportion de gens travaillant dans le secteur formel, les employés et les employeurs paient une participation d'environ 7 % des salaires pour l'assurance santé. Les systèmes d'assurance ont des frais administratifs élevés pour la collecte de primes et pour la vérification des résultats. La proportion des frais administratifs dans les pays à faible revenu peut devenir extrêmement élevée (jusqu'à 50 % du coût total) parce qu'une fois les frais administratifs fixes payés, il reste peu d'argent pour les remboursements des factures engagées par l'assuré.

3. Assurance maladie volontaire ou « mutuelles »
L'assurance-maladie est un système basé sur les contributions volontaires de l'assuré. Ces systèmes peuvent avoir un effet positif puisque les risques sont partagés entre les membres. Seules les personnes relativement riches ont tendance à adhérer aux mutuelles alors que les très pauvres peuvent considérer les primes comme trop élevées et les citoyens avec un revenu par habitant inférieur à $ 200 par année adhèrent rarement à l'assurance volontaire de santé. Pour eux, les autres dépenses comme la nourriture ou les frais de scolarité sont plus importantes. Dans les pays à faible revenu, le système d'assurance volontaire est donc rarement équitable. Lorsque l'Etat investit beaucoup d'argent dans la mutuelle, le système peut même être « anti-pauvre » étant donné que les groupes socio-économiques riches en bénéficient relativement plus que les pauvres. Du point de vue de l'équité, le coût d'opportunité peut être élevé comme il existe des systèmes de financement plus efficaces. En résumé, la faisabilité des systèmes d'assurance-maladie dans les pays à faible revenu est limitée car une grande partie de l'économie est informelle et les frais administratifs sont relativement élevés. Dans les pays à revenu intermédiaire, la faisabilité d'une assurance-maladie est plus favorable car la demande provient automatiquement (même sans intervention de l'Etat) de la croissance des revenus des ménages.

4. Le recouvrement de coûts par paiement direct par acte ou par forfait
Le paiement direct pour les soins peut influer négativement sur l'utilisation des services de santé lorsque les tarifs sont trop élevés pour les patients. Le problème avec les tarifs par acte est que les dépenses ne sont pas prévisibles pour les patients et constituent donc un risque qui peut devenir catastrophique pour le ménage. La tarification forfaitaire (le patient paye un montant fixe indépendamment de la maladie) a l'avantage de partager le risque avec les autres patients et constitue ainsi une forme de solidarité entre les patients. L'inconvénient de la tarification forfaitaire est le risque de l'escalade des coûts si les patients ont tendance à profiter pleinement de leur paiement.

5. Le financement basé sur la performance (PBF = performance based financing)
est le transfert d'argent à une action mesurable ou à un objectif de performances à atteindre prédéterminé. L'approche PBF implique plus que la simple mise en place de contrats. Elle vise également à réformer les relations entre le consommateur, le prestataire, le régulateur et l'agence d'achat afin d'effectuer des contrats de performance efficace. Dans ce système l'argent public est utilisé pour acheter des résultats (= résultat + qualité) après que les activités aient eu lieu et non au préalable comme dans les systèmes traditionnels du genre « contribution ». L'avantage est que les gestionnaires des structures sanitaires peuvent ensuite utiliser l'argent de meilleure manière pour augmenter leur production et donc leurs recettes. Le PBF stimule les établissements de santé performants et pénalise les établissements aux performances médiocres avec des recettes inférieures. Le système est encore nouveau et, malgré des preuves encourageantes, il fait encore l'objet de recherches et des études scientifiques sont toujours requises. Il est susceptible de remplacer progressivement les vieux paradigmes de soins de santé primaires des dernières décennies telles que décrits ci-dessus.



2.16 Quel est le meilleur système de financement de la santé ?

Les revenus pour les services de santé peuvent être obtenus à travers des taxes nationales et internationales (par l'intermédiaire des bailleurs de fonds). Le système de gratuité des soins peut être basé sur les impôts comme le « National Health Service » au Royaume-Uni, qui est également répandu dans plusieurs pays africains anglophones. Les résultats de ce financement par « gratuité » sont généralement décevants. La volonté des organismes d'aide externe à investir dans des systèmes de santé en Afrique constitue une opportunité. Cependant, il peut aussi signifier un frein au développement endogène des systèmes de financement durables parce qu'un soutien extérieur n'est souvent ni efficace ni fiable.

Les systèmes d'assurance souffrent également de problèmes, avec ce système basé uniquement sur les frais d'utilisation directe susceptible de créer des difficultés d'accès financiers graves pour la population. Le meilleur système de financement est probablement un « mélange » de systèmes : une partie du financement est obtenue par l'état par le biais de taxes et les agences d'achat au niveau décentralisé négocient le meilleur résultat possible avec les formations sanitaires par le biais de contrats de performance. Les formations sanitaires peuvent obtenir des recettes par les systèmes d'assurance maladie obligatoire et volontaire, tandis que le recouvrement des coûts par l'application de tarifs directs ou forfaitaires aux formations santé doit rester une source importante de revenus. Il n'existe aucun système de financement qui soit totalement bon ou mauvais. Le système « idéal » dépend de plusieurs facteurs : les ressources disponibles du gouvernement, le pouvoir d'achat de la population et sa capacité à payer les primes d'assurance ainsi que le développement historique du système de financement. Toutefois, il ne faut jamais oublier qu'une utilisation efficace des ressources limitées peut mieux se faire dans un marché libre.

2.17 Exercice

Quelles idées sont liées à la microéconomie et à l'économie de la santé ?

Microéconomie :

Courbe prix	-	Main invisible
Marché noir	-	Courbe demande
Ni profit ni déficit	-	Marché libre
Redressement marché libre	-	Prix d'équilibre
Information offre, demande et prix	-	Prix plafond
Courbe descendante	-	Marché à concurrence parfaite
Rencontre demande et offre	-	Subsides
Ne pas contrecarrer la main invisible	-	Marché dirigé (imposé)
Courbe ascendante	-	Prix en dessous de l'équilibre
Interventionnisme de l'état	-	Résultat financier FOSA

Economie de la santé :

Mutuelle de santé	-	Création d'un marché noir
Ce que la mutuelle ne fait pas	-	Créer l'équité
Externalités positives	-	Mettre un ticket modérateur
Imperfections du marché de santé	-	Protéger contre risque de coûts maladies
Gratuité des soins	-	Taxer pour diminuer la demande
Bien public dans la santé	-	Politique des contributions centralisées
Externalités négatives	-	Effets économiques multiplicateurs
Approche classique de financement	-	Corrections avec des mesures de marché
Risque moral	-	Stimuler par des subsides
Subsides en cash décentralisés	-	Informer public sur dangers de VIH/SIDA

3. THEORIE PBF, MEILLEURES PRATIQUES ET EQUITE

Robert SOETERS, Peter Bob PEERENBOOM

3.1 Objectifs

- Maîtriser et appliquer les théories et meilleures pratiques du PBF
- Reconnaître et appliquer les aspects essentiels de la bonne gouvernance dans une organisation, un pays et le PBF
- Connaître et utiliser les mécanismes d'équité financière et géographique
- Connaître les théories liées au PBF

3.2 Les théories liées au PBF sont les suivantes :

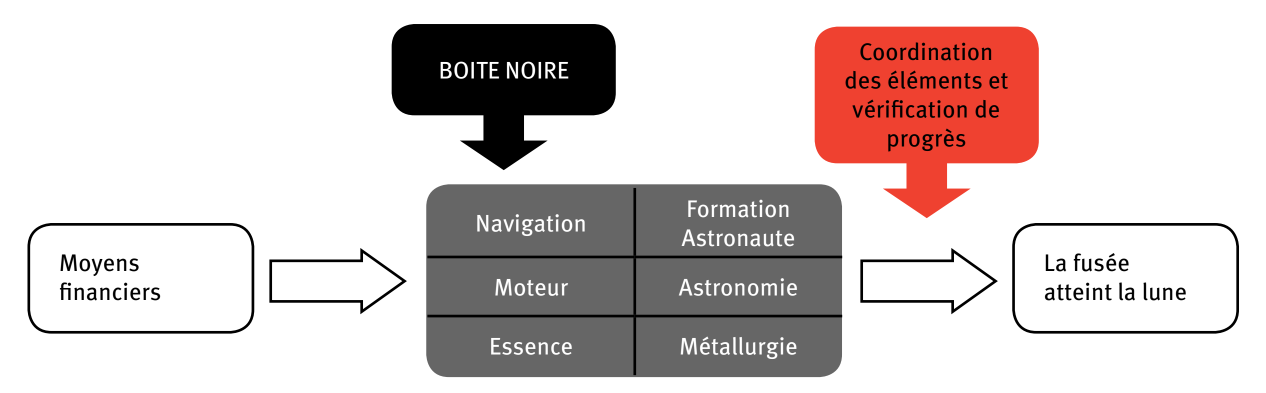
1. Economie du libre marché
2. Analyse du système = « Systems Analysis »
3. Choix public = « Public Choice »
4. Economie de santé & Santé Publique
5. Théories de la contractualisation et du PBF

3.2.1. Economie du libre marché

L'économie du libre marché est adoptée par la plupart des pays dans le monde comme la meilleure approche pour la distribution de ressources limitées. Elle est aussi liée à une société qui accepte la démocratie, qui cherche des partenariats avec le secteur privé, qui favorise le libre choix des structures de santé pour les patients et qui encourage la concurrence entre les prestataires de santé pour les patients. Toutefois, certains pays décideurs soutiennent que les principes de libre marché ne devraient pas s'appliquer dans le marché de la santé. Ils affirment que les échecs du marché sont trop importants pour faire de ce système une alternative réaliste pour atteindre des buts sociaux et ils proposent en lieu et place un système centralisé de commande et de contrôle. Est-ce en effet la meilleure alternative ? Ce livre présente les arguments selon lesquels il est plus efficace d'appliquer les principes de libre marché, mais que les échecs du marché de santé doivent également être pris en compte. Ces échecs du marché (l'asymétrie d'information, les externalités et les biens publics ainsi que les échecs du marché d'assurance maladie) peuvent être corrigés en appliquant également des techniques d'économie de marché comme des subsides, les taxes et la régulation (voir chapitre 2).

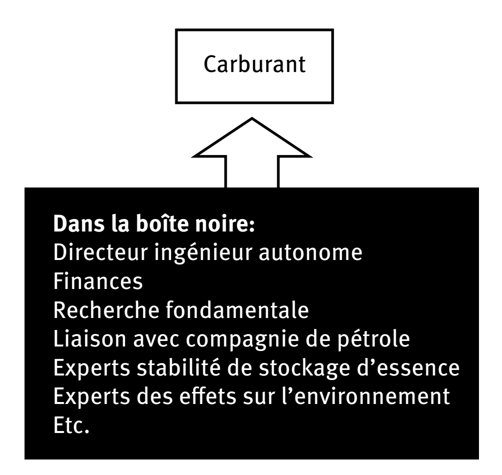
3.2.2. Analyse du Système – « Systems Analysis »

La théorie de « l'analyse des systèmes » a été développée pour comprendre les systèmes complexes et interactifs, comme le lancement d'une fusée sur la lune ou la construction d'un avion moderne de type Airbus 380. L'analyse du système étudie les relations entre les différentes composantes d'un système. L'idée de base est que si chacune des composantes est considérée comme indépendante et autonome (la boîte noire), celles-ci tombent sous la responsabilité d'unités autonomes.



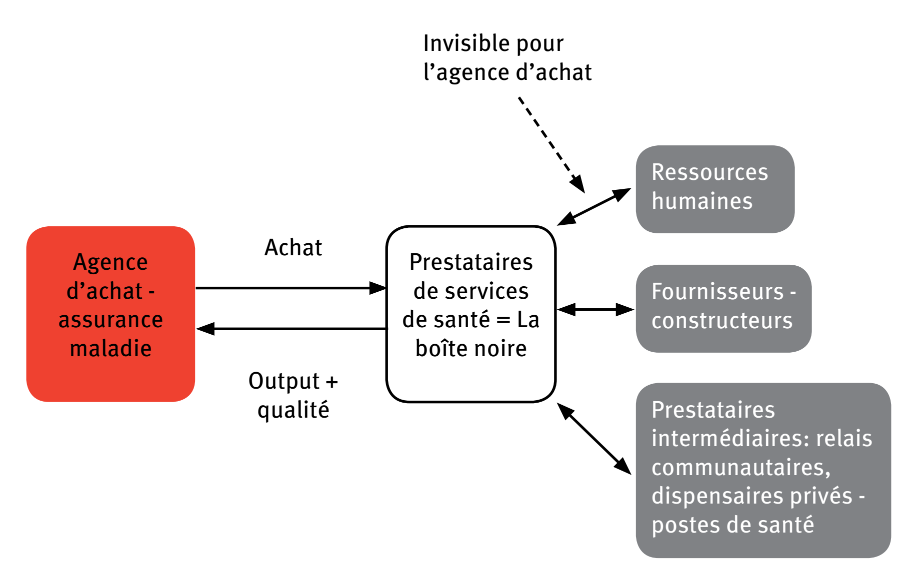
Par exemple, est-il possible de comprendre tous les détails du lancement d'une fusée Apollo vers la lune ? Peut-on comprendre les détails relatifs à la construction du moteur, au type de carburant, à la navigation, au type de logiciels, à la sélection et la formation des astronautes ? Bien entendu la réponse est non. Par conséquent, les coordinateurs du projet considèrent chaque composante comme indépendante (la boîte noire) et devant être gérée

par une équipe autonome spécialisée. Par exemple, pour le carburant, une recherche autonome est nécessaire, dirigée par un directeur, des experts en chimie et en financement, une collaboration avec des compagnies de pétrole est nécessaire, etc. Les détails de la production de carburant peuvent être uniquement compris par le directeur et son équipe. La fusée n'explosera pas, le carburant pourra résister aux températures très basses et il sera suffisant pour atteindre la lune et pour retourner sur terre. Le coordinateur du projet de la fusée lunaire jugera les composantes de carburant et dans quelle mesure elles peuvent atteindre leurs objectifs spécifiques. Sur cette base, il signe un contrat de performance avec le directeur de la composante de carburant.

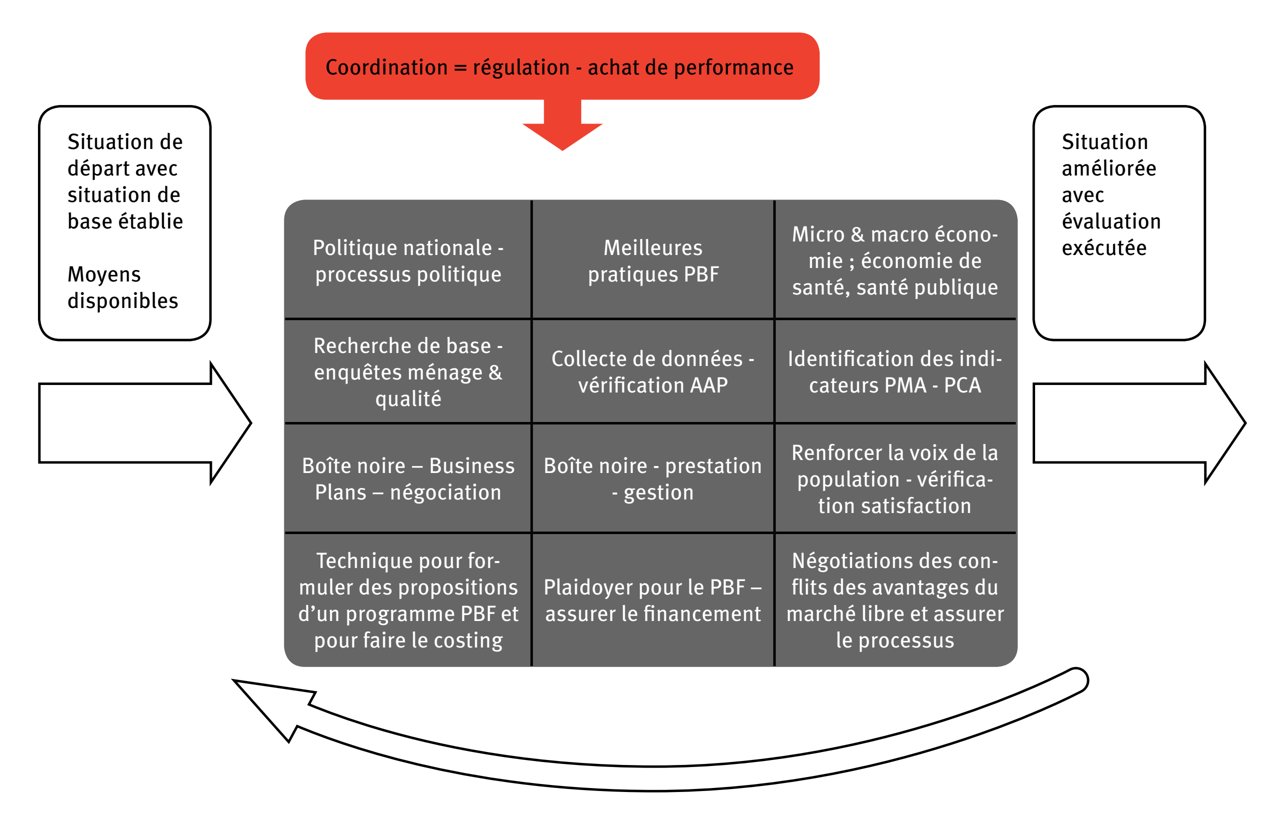


Le financement basé sur la performance (PBF) est également basé sur la théorie de l'analyse du système. Ni les décideurs au niveau national ni les gestionnaires des agences d'achat au niveau décentralisé ne connaissent tous les détails de la gestion, de la logistique et des aspects financiers de chaque structure de santé parce que leur fonctionnement est trop complexe et spécifique en tenant compte de tous les problèmes et opportunités existants. Les tentatives de contrôle des structures de santé de manière centralisée sont condamner à échouer et peuvent créer plus de dommages à la société. Ce n'est pas le cas si les gestionnaires des structures de santé (similaire à un directeur de département production de carburant pour le projet de la fusée lunaire) ont signé des contrats de performance pour mettre à la disposition de la population le paquet minimum de santé identifié par le gouvernement. Dans l'analyse du système, le centre de santé est considéré comme une boîte noire car seuls le gestionnaire, le comité de santé et le personnel connaissent les stratégies à appliquer, les opportunités avec le secteur privé, les contributions nécessaires et où les obtenir, la meilleure méthode de marketing social qui dépend des conditions locales. Toutefois, cela ne signifie pas que les procédures internes du centre de santé ne soient pas transparentes. Au contraire, les procédures sont claires, mais les gestionnaires ont la pleine autonomie pour prendre des décisions sans à chaque fois consulter leur hiérarchie supérieure.

Le CS est une boîte noire



Le tableau suivant montre les 12 composantes de base du système PBF. La 13ème composante est la régulation ou le volant du système qui doit veiller à ce que les 12 composantes de base permettent une amélioration de la santé de la population.



Composantes d'un système PBF

3.2.3. « Public Choice » = choix public

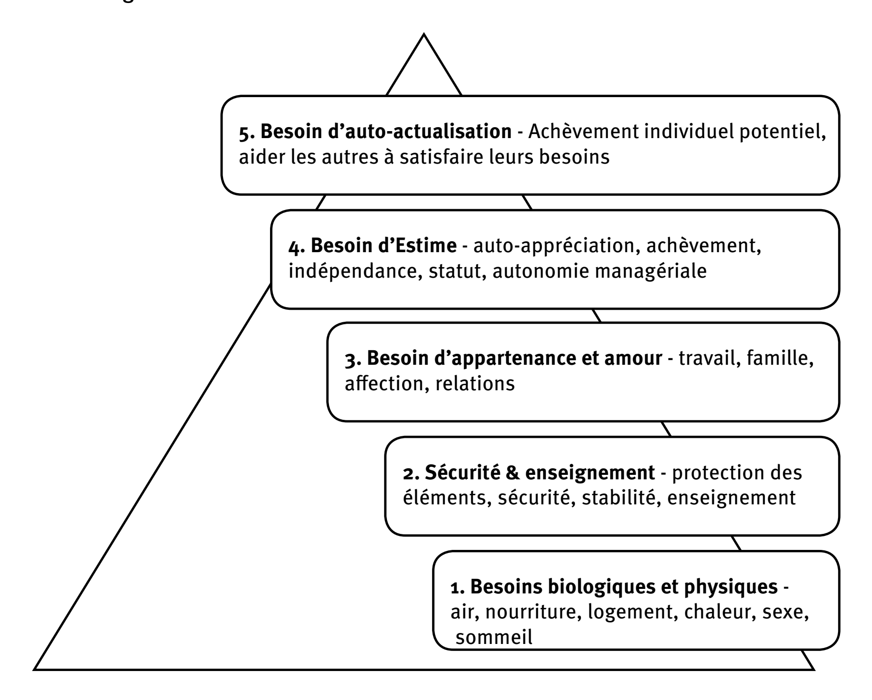
La théorie du choix public décrit le comportement général des acteurs et le comportement particulier des fonctionnaires. L'objectif de la théorie du choix public est de développer un modèle qui décrit au mieux le comportement probable des différents acteurs. L'importance de prédire le comportement des fonctionnaires est qu'ils sont recrutés pour défendre l'intérêt public. Quelles sont les conditions dans lesquelles ils défendent en effet les intérêts publics ? Dans un système de marché libre, chaque agent économique vise à maximiser son intérêt privé. La théorie est que les producteurs ou prestataires d'un coté et les consommateurs ou les patients de l'autre visent à maximiser leur propre avantage grâce à la concurrence parfaite et que cela optimise également l'intérêt public en rendant l'utilisation des ressources limitées la plus efficace possible. Un argument similaire peut également être développé pour le comportement des fonctionnaires.

Quelle théorie explique mieux le comportement d'un fonctionnaire ?

(a) L'intérêt public ?
(b) Le respect de la déontologie médicale ? (Serment d'Hippocrate)
(c) La défense de ses intérêts privés ?

Il y a des fonctionnaires qui peuvent agir dans le respect de l'intérêt public ou de la déontologie médicale. Dans les pays industrialisés les salaires des fonctionnaires sont suffisamment élevés pour répondre à leurs besoins fondamentaux et on peut supposer qu'ils se concentrent sur leurs tâches sociales sans être tentés par la corruption ou la satisfaction de leurs intérêts privés. Cependant, à la lecture des journaux, cette supposition s'avère souvent erronée. Que faut-il donc attendre des fonctionnaires dans un pays en développement dont le salaire ne dépasse pas, par exemple, $ 100 par mois et qui ne peuvent donc pas subvenir à leurs besoins fondamentaux que sont la nourriture, le logement et les frais de scolarité de leurs enfants ? La théorie du choix public ne suppose pas que des fonctionnaires protègent l'intérêt public, mais elle cherche des mesures d'incitation positives et négatives afin de rendre la défense de l'intérêt public attrayante pour un fonctionnaire individuel. En d'autres termes : « l'intérêt privé (du fonctionnaire) et l'intérêt public vont de pair ».

La hiérarchie des besoins de Maslow peut également nous aider à comprendre le comportement des individus comme présenté dans le diagramme suivant.



Lorsque les besoins d'ordre inférieur du bien-être physique et émotionnel sont satisfaits, nous cherchons à satisfaire les besoins d'ordre supérieur, les besoins de développement personnel. Il ressort du diagramme que dans les pays en développement peu de fonctionnaires ont atteint le cinquième niveau d'auto-actualisation, ce qui leur permettrait de commencer à aider aussi d'autres personnes à satisfaire leurs besoins.

La théorie du choix public en PBF propose donc les incitatifs positifs et négatifs en vue de motiver les différents acteurs tels que les agents de santé, les agents de la régulation et des agences d'achat ainsi que les membres du relais communautaire, etc.

Incitations positives :

- Premièrement, comme incitation positive de base, il faut atteindre un niveau de rémunération (salaires + primes de performance) permettant de subvenir aux besoins de la famille (nourriture, vêtements et frais de scolarisation des enfants). Dans des pays à bas revenus, cela signifie souvent qu'il faut doubler ou tripler l'ensemble des rémunérations. Les fonctionnaires qui sont en dessous de ce niveau de rémunération ont souvent des revenus informels issus d'activités génératrices de revenus ou sont corrompus
- La deuxième incitation positive importante consiste en un salaire à part variable, à travers des primes par exemple. Cela répond au principe selon lequel « plus de travail engendre plus de salaires ou de primes ». En PBF, la part variable des salaires et primes de performance avoisine 50 %
- Le troisième principe dans le choix public consiste à créer une ambiance de transparence administrative et politique qui permette aux acteurs de considérer leur rémunération comme juste

Incitations négatives :

- Les contrats ne peuvent pas être renouvelés en cas de non réalisation des objectifs. Les contrats de performance avec les gestionnaires des formations sanitaires ont généralement une durée de trois mois. Lorsque la performance est raisonnable, les contrats sont renouvelés si le business plan est convaincant. Quand il y a des problèmes mineurs, le directeur de l'agence d'Achat peut retarder l'approbation du business plan (et du contrat) jusqu'à ce qu'un nouveau business plan plus convaincant soit rédigé. Quand la performance d'une formation sanitaire est à ce point médiocre qu'il est peu probable que les objectifs soient atteints, le contrat peut être résilié et une nouvelle équipe de gestionnaires peut être invitée à proposer un nouveau business plan
- Des problèmes avec les structures de santé confessionnelles naissent parfois quand elles refusent de proposer à la population des services de planning familial moderne. Ce problème peut être résolu en mettant la structure de santé confessionnelle sous la tutelle d'une autre formation sanitaire de la région. Le paquet complet de santé est alors assuré par la formation sanitaire avec le contrat principal afin de combler les lacunes de l'établissement de santé religieux
- Un autre instrument de choix public et du PBF consiste à créer des équilibres de pouvoir entre les acteurs principaux (« checks et balances ») pour un meilleur contrôle et une plus grande transparence à travers la séparation des fonctions

3.2.4. L'économie de santé, santé publique et la décentralisation dans le PBF

L'économie de la santé est importante pour étudier les marchés de la santé (l'offre, la demande et l'équilibre), afin d'identifier ses échecs et les mécanismes permettant de corriger ces défaillances en appliquant également des techniques axées sur le marché.

La santé publique est une discipline importante pour le PBF car ce dernier permet de déterminer les interventions de santé rentables telles que spécifiées dans l'ensemble minimum et complémentaire (hôpital) des activités.

En PBF, la décentralisation est un principe clé car elle permet aux décideurs locaux et aux acteurs d'influer sur les services de santé de manière efficace et de renforcer leur responsabilisation (« ownership »).

Les dégrées de la décentralisation sont :

a) **Déconcentration.** C'est la première étape qui permet de s'éloigner d'un système centralisé de commande et de contrôle. Elle délègue aux autorités locales la pouvoir de mettre en œuvre des politiques et procédures nationales. Toutefois, ils n'ont pas le pouvoir de modifier les procédures nationales. La déconcentration est parfois décrite comme une forme de décentralisation où les autorités locales fonctionnent comme les « marionnettes » de leur hiérarchie nationale

b) **La décentralisation administrative géographique** permet de transférer les responsabilités et les pouvoirs de prise de décision aux autorités (provinciales ou de district) périphériques. Il peut s'agir de décisions relatives aux changements dans le paquet de santé ou les formations sanitaires qui proposent les services de santé. La décentralisation administrative géographique est particulièrement importante dans les grands pays comme la RDC ou l'Indonésie où les provinces et les districts sont très différents les uns des autres

c) **L'autonomie des formations sanitaires** vise à donner l'autonomie juridique aux formations sanitaires, y compris les formations sanitaires publiques. Le gouvernement continue de posséder l'établissement de santé, mais la gestion est autonome pour le recrutement du personnel (hiring and firing), l'utilisation des ressources et la tarification du recouvrement des coûts des patients. En général, cette forme de décentralisation est appliquée dans le financement basé sur la performance. Elle implique une séparation des fonctions entre le régulateur, l'acheteur et le prestataire de manière à ce que chacun dispose de responsabilités et pouvoirs distincts. Ce système présente l'avantage supplémentaire de traiter de la même manière et sans discrimination les structures publiques, religieuses et privées

d) La forme la plus avancée de la décentralisation est la **privatisation complète** avec le transfert des biens au secteur privé. Dans de tels systèmes (par exemple aux Pays-Bas) le gouvernement joue principalement le rôle d'organe de réglementation du marché de la santé et assure le financement pour les services de santé par le biais de taxes générales et la régulation du système d'assurance-maladie. Dans une perspective PBF, c'est probablement la forme la plus adaptée, mais son application reste impossible dans de nombreux pays pour des raisons politiques

3.2.5. Théorie de la contractualisation et du PBF

Le processus de contractualisation se divise habituellement en plusieurs phases : (a) préparation ; (b) formalisation de la relation contractuelle ; (c) mise en œuvre du contrat et ; (d) fin du contrat pouvant aboutir à un renouvellement, un arrêt ou une renégociation.
Un contrat valable doit remplir les conditions suivantes : (a) Un consentement libre et éclairé des parties ; (b) Les parties doivent disposer d'une personnalité juridique ; (c) Le contrat ne peut pas aller à l'encontre de l'ordre publique ou être en contradiction avec la loi ; (d) L'objet du contrat doit être certain et déterminé.
Les éléments d'un arrangement contractuel sont : (a) Une alliance volontaire de partenaires indépendants avec des droits et des obligations réciproques. Les partenaires attendent des bénéfices de leur relation ; (b) Les bénéfices du contrat ne sont pas altruistes ; les deux parties visent à obtenir des bénéfices personnels / pour eux-mêmes.
Le respect des termes du contrat varie selon qu'il s'agisse d'un contrat classique ou d'un contrat relationnel.

Le contrat classique et le contrat relationnel

Le contrat classique est caractérisé par : (a) Un objectif de contrat clair ; (b) Une durée de contrat limitée ; (c) Les parties du contrat savent exactement ce qui les attendent ; le futur est prévisible ; (d) Ces contrats sont opposables au sens juridique ; (e) Contrat développé par appel d'offre. Quelques exemples de contrats classiques : le contrat de construction d'une maison et le contrat pour les services de buanderie ou de sécurité d'un hôpital.

La rationalité limitée. La réalité des services de santé est souvent si complexe qu'il est impossible de prévoir le futur. Des événements inattendus peuvent se produire : des épidémies, un changement de ressources disponibles, une guerre, un coup d'Etat, de mauvaises récoltes suite aux aléas climatiques influençant le pouvoir d'achat des patients, des bailleurs qui n'honorent pas leurs engagements, etc. Ainsi, la rationalité limitée réside dans le fait que les signataires du contrat sont incapables de percevoir, à quelques détails près, tous les aspects ou les conséquences de leur choix.

Il s'agit donc d'un **contrat relationnel**. Souvent, les contrats sont imprécis, incomplets. La durée du contrat ne peut pas être décidée de manière objective par les parties. Cela doit être fait en coopération et avec une certaine interdépendance. Cela nécessite la confiance et il faut une certaine flexibilité en cas d'imprévu. Il est difficile de recourir au tribunal surtout parce que le contrat est établi dans un cadre de partenariat. Ce genre de contrat est très fréquent dans le financement basé sur la performance. Quelques exemples de contrats relationnels : les contrats entre les organismes gouvernementaux et les bailleurs de fonds, les contrats entre l'agence d'achat de performance provincial et les structures de santé, le sous contrat entre une formation sanitaire et une clinique privée.

3.3 La bonne gouvernance

Dr Peter Bob Peerenboom et Freddy Batundi

La **bonne gouvernance**, c'est diriger, contrôler, influencer et gérer les affaires publiques du pays par la coopération entre les pouvoirs législatif, judiciaire et exécutif pour le bien collectif de la société. Toute gouvernance implique l'autorité (le droit de commander, l'obéissance) et le pouvoir (l'exercice de l'autorité). La bonne gouvernance est donc l'assurance que le pouvoir et l'autorité ne sont pas exercés par un seul individu ou un seul groupe.

But de la bonne gouvernance
La bonne gouvernance a pour but de conduire la population vers l'auto-détermination (possibilité de faire un choix libre) et l'auto-prise en charge (appropriation de son propre développement). La bonne gouvernance conduit à la vraie démocratie où les peuples se gouvernent. Depuis les temps historiques, la bonne gouvernance se caractérise par une coopération entre trois entités.

Citons quelques exemples :
Dans le domaine politique, on parle du **triangle politique**: le *législateur / régulateur* (l'Assemblée Nationale), *l'exécuteur* (le Gouvernement) et le *système judiciaire*.
Dans la gestion financière, on a le trio composé de *l'ordonnateur*, du *comptable* et du *caissier*.
Dans le PBF on a le *régulateur*, l'*acheteur* et le *prestataire* des soins.

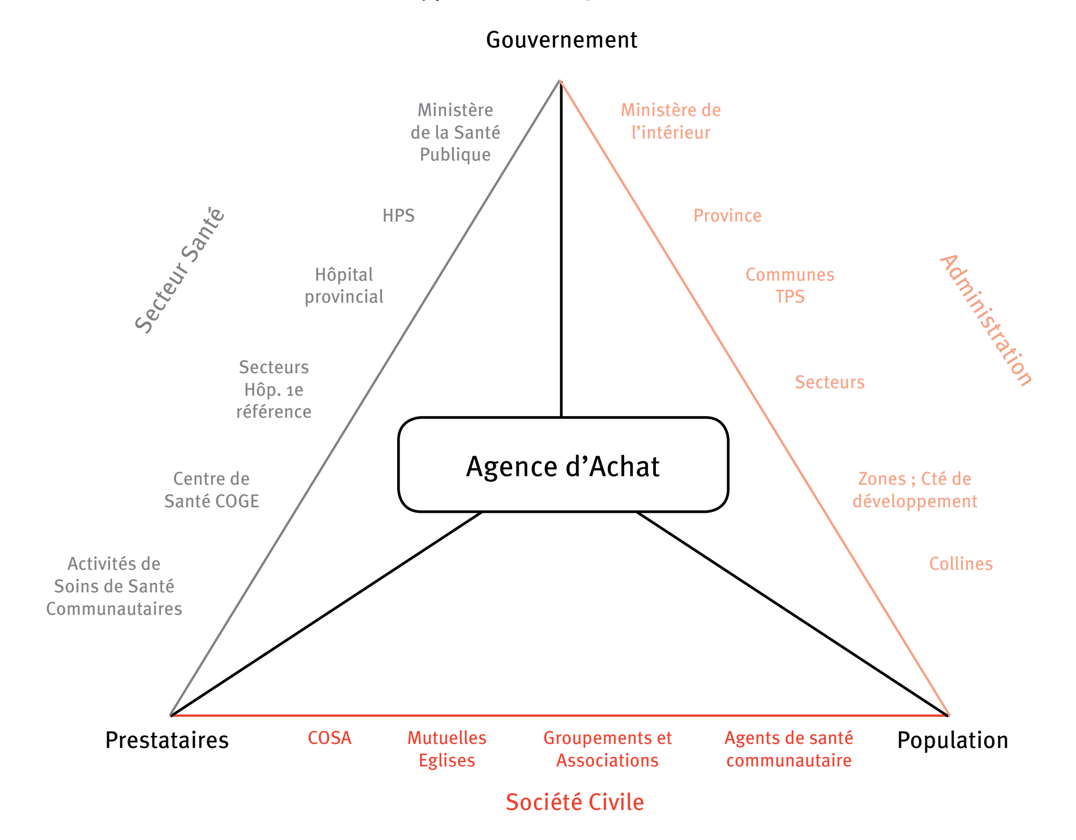
Pour que le triangle soit stable, le triangle doit être « équilatéral ». Pour ce faire, les facteurs suivants doivent être respectés : (a) La multiplicité des acteurs ; (b) La séparation et l'équilibre des pouvoirs des acteurs ; (c) La description claire des responsabilités des acteurs ; (d) La description claire des procédures et des mécanismes de négociation.

Huit caractéristiques clés de la bonne gouvernance :

1. **La participation :** le gouvernement doit écouter attentivement les différents points de vue de la population sur la conduite des affaires publiques. Les gouvernements doivent faire participer la population dans la prise de décisions
2. **La transparence :** le gouvernant doit faire part de sa gestion aux gouvernés et doit prendre la responsabilité totale de toutes les décisions prises. La documentation sur la gestion des affaires publiques doit être claire, compréhensible et à la portée de tous
3. **La recherche de consensus** (par négociation) : la bonne gouvernance exige le dialogue et le consensus entre les gouvernants et les gouvernés sur les décisions qui les affectent
4. **La responsabilité :** la bonne gouvernance exige que les autorités s'impliquent dans la recherche de solutions de lutte contre les sources des problèmes de la population. Les autorités doivent promouvoir le bien-être collectif par la création d'un environnement propice au développement de la population
5. **La surveillance et l'évaluation continue :** Dans la bonne gouvernance, les partenaires du pouvoir s'évaluent mutuellement et continuellement à travers l'interaction
6. **L'accès à l'information :** la bonne gouvernance garantit l'accès à l'information pour tous. Cet accès à l'information éclaire le libre choix de la population dans la prise de décisions
7. **L'équité et l'inclusion :** la bonne gouvernance veille à l'exploitation des ressources du pays pour le bien-être collectif. La bonne gouvernance assure la promotion de la solidarité, du patriotisme, du respect des autres, de l'acceptation mutuelle et de l'unité parmi le peuple
8. **La sensibilité aux plaintes :** dans la bonne gouvernance, les gouvernants sont sensibles à la situation de la population ; ils veillent à trouver des solutions appropriées aux problèmes de la population

La pyramide de la bonne gouvernance est constituée de quatre triangles : (a) Prestataire – régulateur – population ; (b) Prestataire – régulateur – acheteur ; (c) Population – régulateur – acheteur et ; (d) Prestataire – acheteur – population.

La pyramide de l'agence d'Achat



3.3.1. Exercice sur la bonne gouvernance

- Comment la bonne gouvernance pourrait-elle influencer la façon dont sont gérées les relations dans les triangles du PBF ?
- Présentez quelques aspects de bonne gouvernance dans la gestion d'un CS, d'une Agence d'achat ou d'une équipe de district

3.4 Meilleures pratiques PBF

Principes fondamentaux dans la pratique du PBF

1. Loi des finances pour l'équilibre des recettes et des dépenses
2. Autonomie de gestion des FOSA
3. La collaboration des FOSA publiques, religieuses et privées
4. Importance de la concurrence pour les contrats
5. Importance du libre choix des fournisseurs en contributions pour les FOSA
6. L'importance du paiement en espèces
7. La séparation des fonctions des acteurs PBF
8. L'ouverture de l'achat de performance à d'autres secteurs que celui de la santé

Une des meilleures pratiques de la théorie économique consiste à prévoir le futur en se basant sur un modèle testé, qui a eu des succès probants dans la pratique. Pour améliorer le modèle, il vaut mieux tester les meilleures pratiques pour savoir si elles sont applicables dans des situations spécifiques à un pays ou une province. Pour ce faire, les projets PBF adoptent généralement une approche scientifique chargée de vérifier les résultats avant et après l'intervention. Cette approche prévoit aussi souvent une comparaison de la situation dans des zones géographiques d'intervention avec la situation dans des zones géographiques témoins.

Les programmes PBF ont été très critiqués au cours des dernières années. Les décideurs et les scientifiques demandent si le PBF fonctionne et si les fonds publics sont utilisés judicieusement ? A plus forte raison parce que le PBF, tel que défini dans ce livre, vise à réformer fondamentalement le système de santé. Le changement peut être bon, mais quand il ne parvient pas à atteindre les objectifs, les dommages peuvent être encore plus importants ou les coûts d'opportunité trop élevés.

La base de la réussite du PBF change sans cesse. Ce qui amène une autre question scientifique : «Existe-t-il une preuve que les systèmes de santé traditionnels de travail tels que les systèmes centralisés de commande et de contrôle fonctionnent ? » Si la réponse n'est pas claire, d'autres études d'intervention – contrôle doivent être lancées.

3.4.1. La loi des finances pour équilibrer les recettes et les dépenses

Cette loi aide les gestionnaires des formations sanitaires ainsi que les décideurs sur la politique de santé à équilibrer les recettes et les dépenses en considérant un niveau donné de qualité de soins. Si les revenus sont trop bas, il faut diminuer les dépenses. Si l'objectif est d'atteindre un niveau donné de qualité de soins et que les recettes sont insuffisantes, il faut chercher d'autres sources de revenus pour les formations sanitaires. Pour assurer des recettes suffisantes aux formations sanitaires, il ne faut pas ignorer les forces du marché. Les gestionnaires doivent avoir une certaine liberté pour augmenter les recettes des FOSA par des initiatives locales. Cela signifie que les gestionnaires doivent avoir le droit de négocier avec la communauté des augmentations du recouvrement des coûts.

La loi des finances est illustrée par la formule suivante : **P x Q = E + B + R**
P = Prix unitaire de soins
Q = Quantité produite de soins
E = Contribution de l'**E**tat (contributions, salaires)
B = Contribution des **B**ailleurs (contributions, fonds d'équité, subsides, etc.)
R = Recouvrement de coûts (primes mutuelles, forfaits, tarif par acte, etc.)
P x Q = Dépenses engagées par une FOSA
E + B + R = Recettes globales d'une FOSA

Calcul du résultat financier d'une formation sanitaire. Trois situations sont possibles :
- Revenu › Coût Total: => Il y a profit
- Revenu = Coût Total: => Il n'y a ni profit ni déficit
- Revenu ‹ Coût Total: => Il y a déficit, il faut rétablir l'équilibre

Il faut également définir le produit qui est offert :
- Soins curatifs (consultation externe, hospitalisation, accouchements) : à quel niveau et à quel coût ? Seulement au niveau des « résultats » ou aussi au niveau de la qualité des soins curatifs qui répondent aux normes comme la présence de personnel compétent, la durée d'attente acceptable, les médicaments et les équipements essentiels disponibles, les bonnes conditions d'hygiène et la stérilisation, l'utilisation des ordinogrammes ou des partogrammes, etc. ?
- Pour les soins curatifs, il est important de trouver un prix qui motive le personnel de santé puisque la rémunération est suffisante pour soutenir la famille
- Cette analyse qui prend en compte les services curatifs doit également prendre en compte les services préventifs et promotionnels

La gestion de la boîte noire d'une formation sanitaire est expliquée dans le module 8 « boîte noire » qui traite du business plan et le module 9 consacré au calcul de recettes, dépenses, indice et primes de performance.

3.4.2. Autonomie de gestion des FOSA

La tarification doit être la responsabilité de la FOSA avec son comité de santé ou conseil d'administration s'il s'agit d'une structure publique qui agit en respectant les cibles du PMA et PCA. Le recrutement du personnel est fait par les gestionnaires des formations sanitaires. Le principe de base PBF consiste à recruter du personnel qualifié selon la « logique du marché », sans intervention « paternaliste » du projet ou des autorités. La FOSA se charge d'atteindre les cibles de façon efficace, ce qui lui permet d'obtenir les subsides et de voir son contrat renouvelé. Si la FOSA ne produit pas de bons résultats (suite peut-être à une mauvaise utilisation de fonds), ce qui se traduit par la non-atteinte des objectifs, le contrat ne sera pas renouvelé. Il revient à la population (COSA) ou au propriétaire (religieux ou privé) de poser des questions au personnel de la FOSA et de prendre les mesures qui s'imposent. Aussi, le choix de l'utilisation des fonds est laissé à la FOSA (les dépenses, les primes etc.).

Dans la « logique du marché », l'Etat doit éviter de verser directement des salaires au personnel de santé et laisser le paiement de ces salaires et primes à la discrétion des FOSA sur la base des recettes générées. Pour stimuler les initiatives, la créativité et la responsabilité des FOSA, l'Etat devrait donc, dans la mesure du possible, verser aux FOSA un subside de base qui permet de payer les salaires de base stipulés par la Loi. Ainsi, les primes individuelles de performance sont variables et dépendent de la productivité de chaque formation sanitaire.

La FOSA doit chercher des solutions locales aux problèmes spécifiques. Cela nécessite la « responsabilisation » de la FOSA, un esprit d'**entreprise** et une disposition à la **recherche d'action continue**. L'Agence d'Achat se concentre sur le suivi et la vérification des résultats. Le renouvellement du contrat et les subsides à verser dépendent des résultats réalisés et de leur qualité, ce qui est vérifié par les régulateurs et les patients à travers des associations locales.

3.4.3. Collaboration « public - privé » : contrat principal et sous contrats

Le titulaire de l'aire de santé d'une FOSA n'est pas le titulaire du bâtiment du CS, mais de l'ensemble de l'aire de santé. Dans le PBF, le titulaire de l'aire de santé signe généralement un contrat principal avec l'Agence d'Achat. Dans cette définition sont également incluses les activités des autres intervenants du secteur de la santé comme par exemple les dispensaires et les pharmacies privées.

Par conséquent, le business plan des centres de santé bénéficiant du contrat principal peut contenir des sous-contrats avec les cliniques privées ou établir de nouveaux postes de santé sous leur supervision directe. Dans les régions isolées, cela peut stimuler l'implantation de nouveaux entrepreneurs privés . Il est également possible que certaines structures de santé (informelles) privées ne répondent pas aux normes de qualité. Le fait de signer des contrats avec un nombre limité de cliniques privées de qualité peut provoquer la disparition des structures de santé avec des normes de qualité inférieures, par le jeu de la pression concurrentielle. Toutefois, la décision des structures de santé de pénétrer ou de quitter le marché doit être prise en étroite collaboration avec les autorités sanitaires locales, qui vérifient la conformité des structures avec les normes de qualité. Cette tâche est plus facile si les autorités de santé concernées ne sont pas juges et parties, notamment lorsqu'elles travaillent dans une formation sanitaire du gouvernement. Ceci peut constituer un conflit d'intérêt poussant ces autorités à ignorer les mauvaises pratiques de qualité dans leur formation sanitaire et à considérer les structures privées comme des « concurrents ».

Les Ministères de la Santé de certains pays, comme celui du Rwanda, ont pris conscience que l'administration traditionnelle constitue un frein à l'efficacité des FOSA, tout en acceptant qu'il n'est pas souhaitable de privatiser la formation sanitaire. La gestion des structures de santé publique est devenue entièrement autonome. Le recrutement et la rémunération du personnel relèvent de la responsabilité des installations sanitaires. Le 1er janvier 2008, les fonctionnaires précédemment sous contrat avec le gouvernement sont devenus des employés des établissements autonomes d'utilité publique.

3.4.4. La concurrence dans les contrats

L'importance de stimuler la concurrence dans les contrats est un principe fondamental de la théorie de l'approche contractuelle. Sans concurrence, la tendance est à l'inefficacité, la mauvaise qualité et le manque de respect pour les patients.

3.4.5. Importance du libre choix pour les FOSA de s'approvisionner en contributions

Il faut éviter de monopoliser le marché des médicaments, des moustiquaires, etc.

L'expérience de la province de Sud Kivu en RDC montre que le fait de pouvoir choisir librement les fournisseurs de médicaments parmi plusieurs grossistes de qualité retenus par le régulateur a résolu plusieurs problèmes de rupture de stocks de médicaments et de contraceptifs. Auparavant, ceux-ci étaient systématiquement en rupture de stock à cause de la politique de monopole appuyée par le gouvernement et certains bailleurs.

3.4.6. Paiement des subsides en espèces uniquement

Le paiement des subsides devrait se dérouler uniquement en espèces et non en nature comme par la distribution centrale des « contributions » (médicaments, équipements, réhabilitation des infrastructures ou salaires). Plusieurs études ont montré qu'un dollar américain, remis en espèces ou cash à une formation sanitaire offre autant de résultats que $ 4 investis dans des contributions.

Certaines personnes estiment que le programme PBF est onéreux en raison de frais administratifs élevés. En effet, les frais de gestion et les frais d'administration des programmes PBF ne doivent pas dépasser 30 % du total des coûts, tandis que les 70 % minimum restants doivent être utilisés pour les subventions en CASH destinées à la fourniture de services directs ou aux programmes communautaires. Les frais de gestion de 30 % englobent les frais liés aux autorités de santé, aux agences d'achat, à l'assistance technique et aux études de base et d'évaluation.

Les $ 2,00 -$ 3,00 par personne par an du système PBF semblent représenter peu de chose par rapport aux $ 6-10 par an par personne dépensés dans les systèmes traditionnels de financement de type « contribution ». Dans son rapport sur le développement mondial de 1993, la Banque Mondiale avait estimé qu'environ $ 12,00 par personne par an étaient nécessaires pour répondre aux besoins du paquet minimum et du paquet complémentaire d'activités. En 2000, l'OMS a même estimé que $ 19-34,00 par personne par an étaient nécessaires en y incluant des activités liées aux programmes de VIH/SIDA et de nutrition.

3.4.7. Séparation des fonctions

Alors que dans le passé, un acteur dans le domaine de la santé jouait simultanément tous les rôles, l'organisation actuelle des systèmes de santé se dirige vers une plus grande spécialisation. Il s'agit de la séparation entre la prestation et le financement des services de santé : cela veut dire que celui qui produit les services (prestataire) n'est pas le même que celui qui achète les services produits (financeur).
En outre le système PBF propose également de stimuler des organismes indépendants afin de renforcer la voix de la population. Les principes et la logique de la séparation des fonctions sont clairs et difficiles à critiquer. Cependant, l'application de la séparation des fonctions exige des réformes majeures et nécessite des choix à faire dans chaque pays en fonction de son contexte, de l'histoire du système de santé et des choix politiques.

Les fonctions et les responsabilités principales du système PBF sont les suivantes :
a. Prestation des services de santé : Après avoir signé les contrats, les structures de santé offrent des services de santé de manière autonome en tant qu'entités organisationnelles et non en tant que travailleurs individuels de la santé. Les comités de santé avec les représentants de la communauté peuvent influencer le lien entre les structures de santé et la population, alors que les équipes de gestion coordonnent l'organisation interne et la mise en œuvre
b. Renforcement de la voix du consommateur : En payant directement pour les services de santé, les patients (la demande) influencent les activités des structures de santé (l'offre). Il s'agit d'une opération de marché positif dans le cas où l'accès financier n'est pas en péril. Deuxièmement, dans les systèmes PBF, des associations locales mènent des enquêtes et vérifient si les activités subventionnées ont effectivement eu lieu et si les patients sont satisfaits des services
c. Canalisation des fonds : Une agence d'achat bien équipée et indépendante est responsable de l'achat des services dans les structures de santé (ou écoles, etc.). A partir du business plan des formations sanitaires, un contrat de performance est signé et les structures reçoivent chaque mois des subsides sur la base de leur production (et leur qualité)
d. Régulation, assurance qualité et procédures : Dans les pays en développement ce sont en général les régulateurs au niveau national qui définissent les priorités en matière de santé. Ces priorités sont basées sur des paquets minimum et complémentaires d'activités qui sont souvent aussi influencés par les priorités sociales ou politiques. Ils définissent également les normes de qualité ainsi que certaines règles administratives telles que le salaire minimal pour différentes catégories de travailleurs de la santé. Au niveau périphérique, les équipes de santé du district assurent la mise en œuvre des politiques nationales de santé, effectuent des évaluations de qualité dans les structures de santé et peuvent être chargées de réglementer le secteur privé

Montage institutionnel de la contractualisation

Le montage institutionnel prédominant dans les systèmes PBF est présenté dans le schéma suivant :

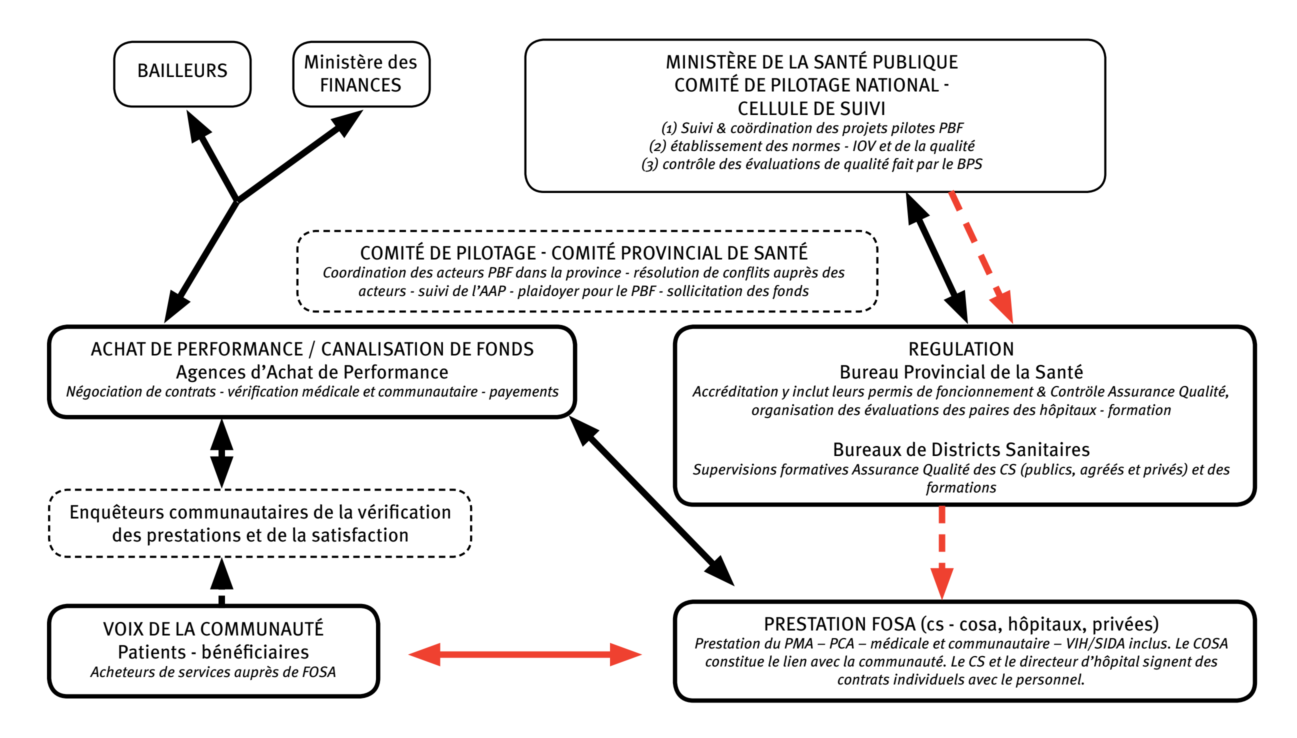


Figure 1: Le montage institutionnel pour le financement basé sur la performance.

3.4.8. Potentiel de l'achat de performance pour les actions multisectorielles

L'achat de performance n'est pas limité au seul secteur de la santé. Il peut aussi être appliqué dans d'autres secteurs comme l'éducation, le développement rural ou même l'administration.

Un premier projet PBF multisectoriel a été lancé au Sud Kivu en RDC en 2008 incluant à la fois la santé, l'éducation et le développement rural. Au Rwanda, le gouvernement a, par le biais du bureau du premier ministre, passé des contrats de performance avec les administrateurs des districts administratifs. Dans le secteur de l'éducation, les indicateurs sont liés à la scolarisation des filles et des garçons et aux séances d'éducation sexuelle. Les indicateurs de qualité sont liés à la disponibilité du matériel éducatif, au mobilier et au nombre d'enfants par classe. Dans le développement rural, les indicateurs concernent des ponts réhabilités, le nettoyage d'un kilomètre de route envahie par la brousse, le remplissage d'un bidon d'eau, etc.

3.5 Mécanismes d'équité

Les différentes structures de santé ne partent pas sur un pied d'égalité. Il peut exister de grandes différences concernant la distance entre la FOSA et l'hôpital de référence ou entre les centres de distribution des contributions. Pour d'autres FOSA, l'état des routes peut être très mauvais. Parfois même les routes sont inexistantes, ce qui nécessite des déplacements à pied. L'isolement de la FOSA doit être pris en compte dans le calcul des subsides. Un autre facteur d'équité concerne la situation économique de la population des différentes zones géographiques. Elle peut être due à l'infertilité de la terre cultivable ou au manque d'activités économiques. De plus, certains groupes défavorisés peuvent augmenter la proportion des très pauvres ou indigents dans une zone géographique donnée. Autre facteur défavorable pour une FOSA, la vétusté de l'infrastructure, qui nécessite des investissements pour atteindre le niveau des structures de santé voisines.

En PBF les mécanismes d'équité suivants sont proposés :

- Réduire globalement les tarifs du recouvrement des coûts des formations sanitaires par l'application de subsides
- Payer un bonus d'isolement ou de pauvreté aux formations sanitaires
- Rendre disponible des fonds d'équité aux formations sanitaires pour aider les individus très pauvres et vulnérables
- Stimuler toutes les initiatives locales en faveur des pauvres

La première mesure d'équité est la diminution de la tarification pour toute la population en fonction des subsides globaux. Cela a pour but de déplacer la courbe de l'offre à droite. Une autre mesure est le bonus d'isolement ou de pauvreté qui est un pourcentage additionnel ajouté aux subsides de base des FOSA défavorisées par rapport aux autres. C'est-à-dire qu'elles peuvent être situées loin des HD référence, loin des routes, ou opérer dans une aire de santé avec une population plus pauvre. Ces recettes additionnelles vont permettre aux FOSA isolées d'être sur le même pied d'égalité que les autres. Etant donné que le personnel ne veut pas se rendre dans les zones isolées, ce bonus servira également à attirer et à stabiliser le personnel en payant une prime élevée par rapport à celle payée au personnel des FOSA situées en milieu urbain ou en milieu favorisé.

Le tableau suivant présente la façon de constituer un bonus d'isolement – de pauvreté – de mauvaise infrastructure :

Indicateurs	Subside de Base	CS Urbain proche	CS à 5-10km	CS isolé	CS isolé et population pauvre	CS isolé, pauvre et mauvaise infrastructure
Bonus d'isolement, pauvreté		0%	5%	10%	20%	40%
Accouchement	$5,00	$5,00	$5,25	$5,50	$6,00	$7,00
Consultation Externe	$0,30	$0,30	$0,32	$0,33	$0,36	$0,42
Contact PF - pilule - injectable	$1,50	$1,50	$1,58	$1,65	$1,80	$2,10
Construction latrine	$1,00	$1,00	$1,05	$1,10	$1,20	$1,40

Tableau 1 : Exemples du bonus d'isolement – de pauvreté – de mauvaise infrastructure.

Le troisième mécanisme permettant d'aider les pauvres est le mécanisme du **fonds d'équité**. Celui-ci peut être octroyé comme un bonus supplémentaire (un pourcentage additionné au subside mensuel de performance). Les gestionnaires des structures de santé peuvent utiliser ces fonds pour aider les personnes très pauvres ou vulnérables dans leur aire de santé. Le mieux est d'organiser cela de manière autonome où la formation sanitaire présente dans son business plan une stratégie pour appliquer ce système, sélectionner les bénéficiaires, etc.

Les établissements de santé peuvent aussi être encouragés à stimuler les **initiatives locales** pour protéger les pauvres, p.ex. par l'intermédiaire d'organisations religieuses et privées.

3.6 Termes de référence pour une visite de terrain, là où il y a un programme PBF

Groupe	Structure à visiter	Résultats à atteindre: A la fin de la visite, les participants :	Méthode / Activité
Groupe 1	**CS Confessionnel**	**Sont capables** : • D'expliquer comment le PBF influence le fonctionnement de la FOSA ***Visite de terrain*** ***Discussion en groupe*** ***Présentation du rapport***	***Entretien Infirmier Titulaire et Personnel :*** • Opinion sur le PBF ? • Utilisation des subsides ? • Amélioration qualité et infrastructure ? • Amélioration équité – quels mécanismes ? • Utilisation PF et outil indice ? • Evolution et problèmes indicateurs PF ? • Problèmes avec le PBF ? • Impact du sous contrat avec privé sur les soins de santé dans l'Aire de Santé
Groupe 2	**CS Public & Dispensaire Privé avec sous-contrat**	**Sont capables :** • D'expliquer comment le PBF influence le fonctionnement de la FOSA ***Visite de terrain*** ***Discussion en groupe*** ***Présentation du rapport***	***Entretien Infirmier Titulaire et personnel :*** • Opinion sur le PBF ? • Utilisation des subsides ? • Amélioration équité – quels mécanismes ? • Utilisation PB et outil indice ? • Evolution et problèmes indicateurs PF ? • Problèmes avec le PBF ? • Impact du sous contrat avec privé sur les soins de santé dans l'Aire de Santé ? ***Entretien Responsable Dispensaire Privé :*** • Relation avec le CS, processus de négociation du sous contrat, impact collaboration avec le CS sur la qualité et utilisation des subsides
Groupe 3	**Hôpital de District & Régulateur de District**	**Sont capables** • D'expliquer comment le PBF influence le fonctionnement de l'hôpital et du régulateur ***Visite de terrain*** ***Discussion en groupe*** ***Présentation du rapport***	***Entretien Directeur de l'Hôpital :*** • Organisation système référence / contre référence • Opinion sur le PBF ? • Utilisation des subsides ? • Amélioration qualité avec PBF ? • Utilisation PF et outil indice ? • Evolution et problèmes indicateurs PF ? • Problèmes avec le PBF ? ***Entretien Régulateur District :*** • Effet PBF sur la régulation ? • Changement attitude superviseurs vis-à-vis des FOSA ? • Problèmes avec le PBF ?
Groupe 4	**Agence d'Achat de Performance & Association Locale**	**Sont capables :** • D'expliquer comment le PBF influence le fonctionnement de la canalisation de fonds, la vérification communautaire et la voix de la population	***Entretien directeur et vérificateur l'AAP:*** • Points forts et faibles du PBF ? • Montage de l'AAP ? • Procédures sélection associations locales ? • Comment les activités subventionnées sont-elles vérifiées auprès des ménages ? • Choix aléatoire des patients à visiter ? ***Entretien responsable Association Locale:*** • Choix des enquêteurs, organisation des enquêtes, influence de leur travail sur les soins de santé dans leur Aire de Santé. • Points faibles du PBF et souhaits ?
Groupe 5	**Administration Autres secteurs avec PBF**	**Sont capables :** • D'analyser comment le PBF peut améliorer les activités dans d'autres secteurs (l'éducation, développement rural et l'administration) et comment faire des liens intersectoriels	***Entretien avec l'administrateur du district, préfet de l'éducation ou autres (à sélectionner)*** • Quels sont les résultats du programme multisectoriel ? • Quelle est l'opinion de l'interviewé sur le PBF et quels sont les points à améliorer ? • Pour faciliter les activités multisectorielles, quel sera le montage institutionnel souhaitable ?

3.7 Termes de référence pour une visite de terrain, là où il n'y a pas de PBF

Les participants sont divisés en 5 groupes. Ils se rendent sur le terrain dans les structures de santé à identifier : 1 hôpital de district, 1 CS Public, 1 CS Confessionnel, 1 Dispensaire Privé, 1 Bureau de District Sanitaire (régulateur) pour rencontrer et discuter avec les différents acteurs. Après la visite, les participants discutent en groupe et préparent une présentation de 10 minutes.

Les thèmes à exploiter sont orientés par les questions d'interview suivantes :
- La structure reçoit-elle des contributions (médicaments, équipements, etc.) ? Lesquels ? De qui ?
- La structure affiche-t-elle une autonomie de gestion ?
- Quel financement la structure reçoit-elle ? Le paiement se fait-il en espèces (cash) ? Quelles sont les procédures à suivre pour obtenir le financement ?
- Existe-t-il un acheteur de services (de résultats) dans le district, région ou province ?
- Observe-t-on une monopolisation du pouvoir ? Si oui, comment l'explique-t-on ?
- Observe-t-on une séparation des fonctions de régulation, de canalisation de fonds, de prestation et de voix de la population ?
- Est-il nécessaire d'entreprendre des actions multisectorielles PBF dans la zone d'attraction de la structure ? Si oui, lesquelles et pourquoi ?
- Quels sont les mécanismes utilisés pour connaître la voix de la population ?

4. INSTRUMENTS PBF DES ETUDES DE BASE & D'EVALUATION

Célestin KIMANUKA

4.1 Objectifs

- Identifier l'importance des études ménage, de qualité et d'évaluation et comprendre comment elles influencent les décisions concernant l'analyse du problème, la sélection des indicateurs et les stratégies d'interventions PBF
- Lister les principales sources de biais concernant les enquêtes
- Identifier les différences concernant les indicateurs suivants : le résultat (santé curative, santé reproductive, le planning familial, l'hygiène, etc.) ; la qualité (déterminée par des professionnels ou ressentie par les patients) ; l'impact (épisodes maladies, taux de natalité, taux de mortalité) ; le financement (dépenses de santé, proportion des dépenses de santé par rapport aux revenus, frais importants)
- Assurer la collecte de données selon les standards scientifiques et développer des stratégies basées sur des preuves et des meilleures pratiques

4.2 Pourquoi faire des études avant une intervention PBF ?

Pourquoi faut-il faire des études de base et d'évaluation dans le contexte d'un programme PBF ? Ces études sont importantes : (a) pour être en phase avec les acteurs principaux sur la problématique de départ, spécifique à la région ciblée ; (b) pour s'accorder sur les objectifs, les indicateurs d'intervention et ; (c) pour mettre en place un instrument de suivi et d'évaluation de l'intervention permettant d'analyser l'atteinte des objectifs. Cette approche permet d'adapter régulièrement les objectifs et les stratégies.

L'étude de base avant le lancement d'un programme PBF comprend généralement trois éléments :
(a) Enquête ménage ; (b) Enquête qualité et ; (c) Enquête avec des acteurs clés comme les directeurs et titulaires des formations sanitaires, les régulateurs de santé, les ONG, les autorités administratives, etc.

Après la collecte de données il est crucial de lancer un processus d'adoption pour convaincre les décideurs nationaux mais également pour définir les indicateurs de départ. Combien d'épisodes maladie par an et par personne présente en moyenne la population d'une zone géographique ? Ceci est important pour calculer le nombre de consultations externes à cibler dans chaque zone d'intervention. Quelles sont les recettes annuelles par personne et quelle est la proportion des revenus des ménages utilisée pour les soins de santé ? Existe-il une proportion de la population pour laquelle les dépenses de santé représentent un poids énorme ou qui ne cherche pas de soins par manque d'argent ? Les études peuvent aussi être importantes pour contribuer à la formulation de meilleures stratégies de financement. Par exemple, comment sera adapté le PBF en prenant en compte l'existence d'une mutuelle de santé au Rwanda, ou la gratuité des soins au Burundi ?
Dans les systèmes traditionnels, ces études sont rarement exécutées et les opérateurs travaillent souvent dans un environnement inconnu à partir d'hypothèses non vérifiées. Lancer un projet sur la base de fausses hypothèses entraîne le risque d'un grand gaspillage de moyens.

Cas au Sud Kivu – intervention PBF 2005-2009
En 2005, différentes ONG sont intervenues dans la Province du Sud Kivu en RDC. Les interventions de ces ONG étaient basées sur l'hypothèse que l'accès financier était le problème principal. Cependant, une étude de base PBF en 2005 avait montré que l'accès financier n'était pas le problème principal, mais plutôt la qualité des soins et la non-disponibilité de certaines activités comme le planning familial. De ce fait, les subsides PBF étaient orientés vers l'amélioration de la qualité et les titulaires étaient encouragés à négocier une tarification raisonnable avec les communautés. La mauvaise orientation des interventions traditionnelles a également eu comme effet pervers l'impossibilité des formations sanitaires d'obtenir des recettes de la population pour résoudre le problème principal, notamment la qualité des soins, le manque de personnel qualifié et la réhabilitation de l'infrastructure. L'évaluation de l'intervention PBF au Sud Kivu, faite en 2008 en comparant les zones d'intervention avec les zones de santé témoins, a montré que la qualité dans les zones d'intervention s'était améliorée de manière significative sans avoir un effet négatif sur l'équité[8].

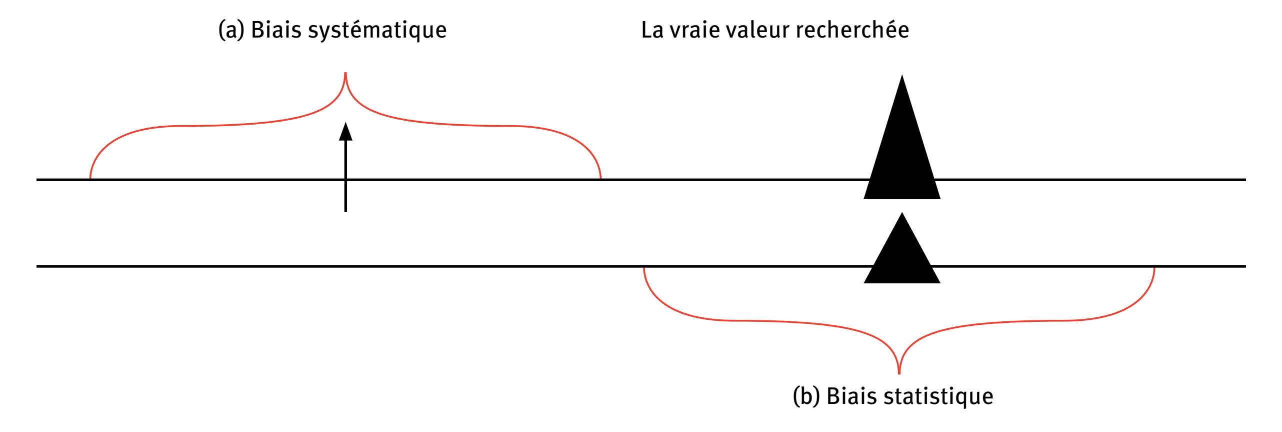
---
8 Soeters, Peerenboom, Mushagulusa, Kimanuka 2010 *Performance based financing in a failed state. Can it work and how?* Forthcoming Health Affairs.

4.3 Etapes des études de base

- Etablir les objectifs de l'étude, le protocole et obtenir l'autorisation des autorités pour l'étude
- Sélectionner et former des enquêteurs et le personnel de saisie de données
- Développer et tester les outils de l'enquête : les questionnaires ménages et de qualité professionnelle dans les formations sanitaires – parfois aussi une enquête titulaire
- Sélectionner aléatoirement des grappes dans les zones d'intervention et les zones témoins
- Exécuter les enquêtes ménages et qualité : collecte et encodage de données
- Produire des tableaux de constats et appliquer les tests statistiques pour établir la signification des constats
- Organiser un atelier d'analyse des constats avec les acteurs principaux (2 à 5 jours)
- Distribuer le rapport des résultats – faire le plaidoyer - mettre le rapport sur un site web

4.4 Les biais systématiques et statistiques

Le biais est un fait qui diminue la qualité de représentativité de la réalité d'un indicateur choisi pour une étude. C'est une erreur entraînant une distorsion de l'estimation de la mesure. On distingue :
(a) le biais systématique et ; (b) le biais statistique:



4.4.1. Biais systématiques

Les erreurs systématiques peuvent être : (a) accidentelles - utilisation d'un mauvais enquêteur ; ou (b) systémiques - questions mal comprises par tous. Les catégories de biais sont les suivantes :

1. Les erreurs dues au questionnaire peuvent être causées par des questions mal rédigées ou mal traduites. L'interprétation des questions peut être différente dans la langue locale par rapport au texte en français. Pour éviter ce biais, on fait une double traduction, en langue locale d'abord puis en français ou anglais ensuite
2. Les erreurs dues aux personnes interrogées qui peuvent donner des éléments d'information dont ils ne sont pas sûrs (par exemple par crainte d'avouer leur ignorance). La personne interrogée peut également donner des fausses réponses pour obtenir des bénéfices par la suite, notamment de la part de l'ONG qui conduit l'étude. Le répondant peut aussi ne pas communiquer toute l'information dont il dispose, par crainte de devoir payer des taxes, par désir de cacher la vérité concernant un sujet sensible. Les erreurs du répondant peuvent également être dues à un oubli, une mauvaise compréhension des questions, des mensonges liés à la présence d'une autre personne
3. Les erreurs liées à la participation ou non des membres du ménage. Cela est souvent le cas quand les enquêtes sont conduites pendant la journée lorsque les principaux membres des ménages sont au travail ou aux champs. L'absence d'un responsable d'un centre de santé lors d'une enquête auprès des titulaires peut aussi créer un biais dans l'étude. Par ailleurs, les personnes interrogées peuvent également refuser de participer à l'enquête
4. Les erreurs dues aux enquêteurs (volontaires ou involontaires). Les opinions propres des enquêteurs et des superviseurs peuvent biaiser les résultats. Par exemple, le fait d'utiliser le langage verbal ou non verbal pour montrer les réponses correctes. Ce problème est généralement résolu par l'organisation de jeux de rôle pendant la formation des enquêteurs. Signalons aussi qu'il y a des erreurs non intentionnelles dues à la négligence de l'enquêteur comme la mauvaise lecture d'une question. On ne peut pas négliger les biais imputables directement à l'enquêteur comme son apparence, le ton de sa voix, ses commentaires en marge de l'entretien
5. Le biais de confidentialité. Pour des questions sensibles (santé reproductive, VIH/SIDA, etc.) le répondant risque d'être gêné s'il l'enquête se déroule en présence d'autres membres du ménage. Par exemple les jeunes filles ou les jeunes garçons en présence de leurs parents peuvent ne pas vouloir donner leur opinion sur le planning familial. Dans ce cas, les enquêteurs reçoivent des instructions pour poser des questions à huis clos

6. Les biais de sélection affectent la constitution de l'échantillon d'enquête, c'est à dire le processus par lequel les sujets sont choisis au sein de la population. Les principales sources de biais de sélection sont : (a) la constitution d'un échantillon par un autre moyen que le tirage au sort (par exemple des personnes volontaires) ; (b) le recrutement de témoins dans un milieu qui n'est pas représentatif de la population générale
7. Les erreurs dues à une **exploitation insuffisante ou défectueuse** des résultats de l'exploration. Cela peut être le cas lorsque le chercheur tente de prouver son hypothèse par tous les moyens. La revue des résultats par des experts peut résoudre ce type de biais

4.4.2. Solutions pour réduire les biais systématiques

- Choisir des enquêteurs expérimentés
- Améliorer la qualité de l'outil de mesure (questionnaire), le rendre valide et fiable
- Prévoir suffisamment de temps pour tester les outils d'enquête
- Bien former les enquêteurs avec des jeux de rôles et un examen sur le terrain pour chaque enquêteur avant de commencer l'enquête
- Faire une supervision intensive et vérifier rigoureusement les questionnaires remplis le jour même où les enquêtes ont lieu ; Saisir les données le lendemain par les encodeurs
- Mener un nettoyage rigoureux des données avant de commencer l'analyse et vérifier les valeurs extrêmes, qui peuvent être des erreurs de saisie des données

4.4.3. Biais statistiques

Puisque les données proviennent d'un échantillon de personnes, elles sont sujettes à l'erreur d'échantillonnage. C'est-à-dire que les estimations faites à partir d'échantillons varient d'un échantillon à un autre et sont généralement différentes des résultats obtenus par un recensement complet.

L'erreur d'échantillonnage dépend du degré de représentativité de l'échantillon, c'est-à-dire **de la taille de l'échantillon** (n), laquelle est liée au degré d'homogénéité de la population par rapport à un caractère donné. S'il existe **une forte dispersion**, il faut avoir une taille d'échantillon plus élevée. L'erreur d'échantillonnage est aussi fonction **du degré de précision recherché**. Plus la précision recherchée est grande, plus la taille de l'échantillon est élevée. **La méthode d'échantillonnage** doit donc permettre de constituer un échantillon représentatif.

4.5 Enquêtes ménages

4.5.1. Définitions, objectifs et indicateurs à collecter

Un ménage est généralement défini comme une personne ou un groupe de personnes qui habitent ensemble ou qui occupent le même logement et qui partagent les mêmes ressources et particulièrement la même cuisine. Le logement peut être un logement collectif ou un logement privé. Un ménage peut se composer d'une personne seule, d'un groupe familial avec une, deux ou plusieurs familles partageant le même logement et la même cuisine, ou d'un groupe de personnes non apparentées pouvant, par exemple, inclure un domestique.

L'objectif principal d'une enquête ménage de base dans le contexte PBF est d'obtenir une meilleure compréhension du comportement de la population qui cherche les soins de santé. L'enquête ménage cherche donc à identifier, d'un côté, la demande (non atteinte) pour les services du PMA, comme la prévention du paludisme par les moustiquaires, les accouchements, le planning familial et d'une autre coté, la disponibilité de ces services et les problèmes qui affectent l'offre comme, par exemple, les problèmes de disponibilité de services, la qualité ou la tarification excessive ou insuffisante.

L'étude de base identifie le point de départ de certains *indicateurs d'impact,* qui peuvent uniquement être mesurés par une enquête ménage, comme par exemple :
- les dépenses pour la santé par personne et par an
- les épisodes maladies par personne et par an
- le taux de natalité et de mortalité infantile
- l'accès à l'eau potable et l'accès aux champs
- les types de maisons dans lesquelles les ménages habitent

L'étude peut rassembler les informations nécessaires sur les indicateurs *de résultat* (voir module 5), qui seront subventionnés par le programme *Achat de Performance*. Les indicateurs de résultat identifiés sont tous liés au Paquet Minimum d'Activités (PMA) des Aires de Santé et au Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) des hôpitaux. Le PMA inclut les soins curatifs comme les consultations externes, les journées d'hospitalisation, les accouchements assistés ainsi que des interventions communautaires comme la distribution des moustiquaires, l'amélioration de l'assainissement et l'espacement de naissances. L'établissement du point de départ pour les activités à subventionner sert aussi de point de référence pour valider le Système National d'Information Sanitaire (SNIS).

4.5.2 Méthodologie d'une enquête ménage

Il faut calculer la taille de l'échantillon sur la base de la population cible. Par exemple, pour une population cible d'environ 1 000 000 personnes, un échantillon de 500 ménages suffit à obtenir une représentation statistique des événements avec une fréquence régulière. Un plus grand échantillon donne plus de puissance statistique mais risque aussi de rendre l'étude trop complexe et vulnérable à une supervision faible.
Pour l'enquête ménage, il faut identifier des grappes choisies au hasard parmi les *aires de santé des centres de santé*. On peut commencer par stratifier la population dans chacune des provinces ou districts sanitaires (Zone de Santé) ainsi que dans des zones rurales ou urbaines.

Le tableau suivant reprend l'exemple de stratification effectuée en 2006 au Burundi :

Provinces Sanitaires	Population	%	Grappes	Ménages
Bubanza	313000	27%	5	125
Cankuzo	190000	16%	4	100
Makamba	311000	26%	5	125
Karuzi	365000	31%	6	150
TOTAL	**1179000**	**100%**	**20**	**500**

Tableau 2 : Stratification des grappes par province dans l'étude faite au Burundi

En ce qui concerne la sélection des enquêteurs, le choix se porte vers un équilibre entre enquêtrices femmes et enquêteurs hommes. Mieux vaut sélectionner des enquêteurs qualifiés et expérimentés, ayant suivi de préférence des formations en rapport avec les enquêtes ménages. Pour une efficacité optimale, la formation des enquêteurs peut durer 2 à 5 jours.

La méthodologie choisie pour l'étude ménage est généralement similaire à celle d'un sondage en grappes randomisées stratifiées. Une grappe peut contenir 25 ou de préférence 30 ménages. Il faut donc une voiture pour l'équipe de 5-6 enquêteurs, un superviseur, un encodeur et un chauffeur. Ainsi, par grappe et par jour, cinq ménages sont visités par chacun des enquêteurs, ce qui permet de rassembler l'information dans les aires d'attraction de chaque Centre de Santé. Dans chaque grappe, 2 ou 3 villages/quartiers sont choisis aléatoirement par sondage avant d'affecter les enquêteurs. Une fois dans le village, l'enquêteur choisit une direction par hasard en utilisant la « *méthode de BIC* » (lancement en l'air d'un stylo à billes et choix aléatoire d'une direction à partir du milieu du village/quartier) et choisit progressivement les ménages en respectant une distance de deux ou trois maisons entre chaque ménage jusqu'à ce que 5 ménages aient été interviewés. Les données sont analysées dans le programme Microsoft EXCEL ou EPI INFO pour les tests statistiques ou tout autre programme statistique tel que SPSS.

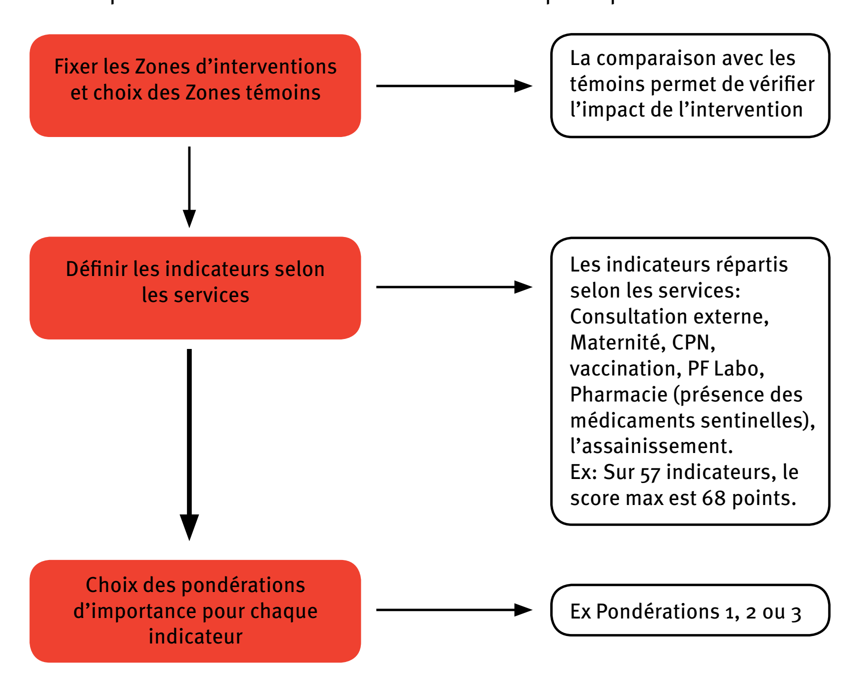
4.5.3. Tests statistiques

On identifie les principaux tests statistiques suivants :

- Ceux qui sont relatifs à la comparaison de deux ou plusieurs proportions et ceux relatifs à la comparaison de deux ou plusieurs moyennes (pour des grands et des petits échantillons)
- Ils sont appliqués en vue de comparer la signification des différences observées entre les zones d'intervention et les zones témoins et entre les résultats de l'enquête de base et ceux de l'enquête d'évaluation
- Spécifiquement, pour les comparaisons des moyennes, on fait appel au test d'analyse de la variance (ANOVA) lorsque les variances sont homogènes et au test non-paramétrique de Mann Whitney ou de Kruskal Wallis lorsque le test de Bartlett montre que les variances diffèrent significativement
- Pour des petits échantillons la comparaison de deux moyennes se fait par le test de Student
- Concernant les comparaisons des proportions, on pourrait utiliser le test de Khi-carré ou le test Z basé sur la loi normale de GAUSS pour la comparaison de deux proportions

4.6 Enquête qualité dans les structures sanitaires

Les objectifs des enquêtes qualité de base dans les structures sanitaires sont d'établir le point de départ concernant la qualité de soins dans les FOSA d'intervention ainsi que dans les FOSA témoins. Les indicateurs ne sont pas exhaustifs, mais ils doivent donner une bonne impression concernant la qualité dans les structures de santé. Au Burundi et en RDC, on utilise un questionnaire avec 57 indicateurs composites. Il est important de garder les mêmes pondérations des indicateurs pour faciliter la comparaison lors du suivi ou de l'évaluation. **Pour réduire le risque de biais**, on peut utiliser deux enquêteurs qui travaillent ensemble et qui peuvent discuter les résultats. Mieux vaut éviter d'utiliser un enquêteur originaire de la province dont la structure est observée. Ce questionnaire de qualité a également servi au Burundi et en RDC comme base pour un nouveau questionnaire avec 154 indicateurs composites. Il a été utilisé par les superviseurs des autorités de santé pour vérifier trimestriellement la qualité des centres de santé ainsi que pour des revues de qualité par le groupe de pairs pour les hôpitaux (voir également le chapitre 7). Les étapes suivantes sont parcourues lors de la réalisation d'une enquête qualité.



4.7 Enquête avec les acteurs clés – titulaires des structures

Cette enquête « semi-quantitative » est souvent menée auprès des titulaires des Centres de Santé. Elle complète les enquêtes ménage et qualité professionnelle. L'objectif est de collecter des informations supplémentaires concernant les aspects de supervision, le recouvrement des coûts, les appuis externes et plus particulièrement les aspects financiers des centres de santé. L'étude donne également d'autres indicateurs, notamment sur la présence de personnel qualifié et les opinions des titulaires quant aux systèmes de financement.

4.8 Evaluation de pairs pour les hôpitaux

L'évaluation de pairs a été lancée au Rwanda en 2004 dans la province de Cyangugu. Les quatre hôpitaux de districts étaient groupés et les visites étaient faites trimestriellement. Le principe était de partager les expériences des gestionnaires (le médecin directeur, l'infirmier directeur et l'administrateur). Ainsi l'idée n'est pas d'avoir des relations hiérarchiques de supervision, mais plutôt de créer une ambiance de discussion et d'apprendre ensemble des points forts et faibles de chaque hôpital. Les recommandations prennent la forme de suggestions. Les expériences au Rwanda ont été concluantes et le même système a été introduit en RDC et au Burundi.

4.9 Discussions avec les acteurs principaux et séances de restitution pour analyser l'étude

L'objectif des enquêtes ménages et de qualité de base ainsi que des multiples discussions avec les acteurs principaux est de parvenir à des conclusions sur la façon de continuer avec l'intervention PBF ou Achat de Performance dans la zone d'intervention. Ensuite, il faut organiser des ateliers de restitution avec les acteurs principaux pour analyser la signification des constats de l'étude en vue du nouveau programme.

4.10 Exercice de présentation des résultats de l'étude faite au Sud Kivu 2005-2008

Les participants sont répartis en 5 groupes. **Travail à faire :**

- Lire, analyser et discuter le résumé de l'enquête ménage et de l'enquête qualité réalisées en février 2008 dans le cadre de l'évaluation du programme d'Achat de Performance dans les Zones de Santé du District Sanitaire Nord du Sud Kivu en RDC (voir ci-dessous)
- Déterminer les 5 messages principaux à tirer de ce résumé
- Préparer pendant 30 minutes un jeu de rôle qui durera 10 minutes pour restituer les messages au Ministre de la Santé en présence des partenaires (OMS, UNICEF, DFID) et proposer des arguments en faveur de l'élargissement des Zones d'intervention du PBF

Les acteurs sont :

1. **Le Directeur de l'AAP :** Il s'agit d'une personne avec une expérience de 5 ans dans la direction de l'AAP qui est convaincue des résultats positifs du PBF. Elle doit argumenter en se servant des résultats de l'étude pour la généralisation du PBF
2. **Le Médecin Inspecteur Provincial :** Il a suivi le programme pendant 5 ans, connaît les résultats de l'enquête d'évaluation et soutient le PBF mais il est sous tutelle du Ministre de la Santé
3. **Ministre de la Santé :** Il doit prendre une décision par rapport au PBF, mais doit aussi tenir compte des intérêts d'autres partenaires présents à la réunion (OMS, UNICEF, DFID)
4. **Délégué OMS :** Il n'est pas convaincu des résultats du PBF et prône la généralisation des mutuelles de santé (doit trouver des arguments pour défendre sa position)
5. **Délégué UNICEF :** Il n'est pas convaincu des résultats du PBF et doit avancer des arguments en faveur de la stratégie de distribution des médicaments en CONTRIBUTION (doit défendre sa position car il dispose de financements disponibles)
6. **Country Representative DFID :** Il défend la gratuité des soins, ce qui est la politique du gouvernent Britannique et doit trouver des arguments contre le PBF qui favorisent le recouvrement des coûts

Chaque membre de l'équipe a un rôle à jouer.

4.11 Résumé du rapport de l'étude d'évaluation 2005-2008 - Sud Kivu-RDC

Rapport complet disponible sur le site Internet de Cordaid : http://www.cordaidpartners.com/rooms/performance-based-financing Nom du rapport: « Etude d'Evaluation PBF en RDC ».

Cette étude montre que la majorité des Zones de Santé (ZS) d'intervention qui appliquent l'approche de financement « achat de performance » affichent des indicateurs quantitatifs et qualitatifs de performance supérieurs par rapport aux ZS témoins qui appliquent une approche traditionnelle de type « contribution ». L'étude montre que l'intervention a produit plus de résultats à moindre coût et ainsi un coût-efficacité supérieur de l'ordre de 3-5 fois. Le financement achat de performance est plus efficace que le financement traditionnel de type contribution qui favorise la gratuité. Cela justifie la recommandation au gouvernement de la RDC, au gouvernement provincial du Sud Kivu, à Cordaid et aux partenaires congolais et internationaux d'élargir ce genre de programmes en RDC et dans d'autres pays. Cependant, pour élargir ces expériences, il faut augmenter la capacité de la formation des experts locaux et internationaux capables d'exécuter les programmes. Le programme achat de performance de Katana-Idjwi a été exécuté sans experts permanents internationaux, mais il bénéficie, depuis 2003, des missions techniques régulières et des échanges d'expérience avec les pays voisins. Le Bureau Diocésain des Œuvres Médicales (BDOM) a fait un

plaidoyer important pour stimuler le programme achat de performance au niveau provincial, national et international et auprès des autorités de la province (notamment auprès de l'Inspection Provinciale de la Santé et des équipes du Bureau Central de la Zone de Santé) qui a joué un rôle très positif.

Dans l'ensemble des Zones de Santé étudiées, la croissance économique s'élevait à 85 %. Cette tendance sans doute le regain de sécurité depuis 2005. La province de Sud Kivu contient des richesses naturelles très importantes comme de l'eau en abondance, des champs fertiles et des richesses minérales. Sans les problèmes de guerre ou de politique, l'économie du Sud Kivu est apparemment capable de se reprendre rapidement et ainsi améliorer le niveau de vie de la population. Ces constats sont essentiels parce qu'ils offrent une base importante pour pouvoir améliorer rapidement le secteur social avec l'appui (financier) de la population.

La croissance économique est plus importante dans les Zones de Santé d'intervention que dans les ZS témoins avec respectivement 120 % et 49 %. Nous supposons que l'achat de performance a contribué à cette croissance économique plus élevée.

La population des ZS d'intervention a vu les recettes pour la santé augmenter à travers une contribution très importante du groupe socio-économique « fortuné », ce qui confirme le principe d'équité. Par contre, dans les ZS témoins, qui appliquent la stratégie de DFID de la gratuité, la contribution de la population pour la santé a diminué, au profit du groupe socio-économique « moyen », tandis que le groupe socio-économique « très pauvre » a vu sa contribution augmenter. Cette tendance ne semble pas respecter le principe d'équité.

La qualité des soins et la qualité des soins ressentie par les patients dans les ZS d'intervention est meilleure que celle dans les ZS témoins. Nous supposons que cette différence est liée aux faits suivants : (a) les investissements supérieurs consentis par la population et ; (b) les subsides en espèces dans les ZS d'intervention et non pas en « contribution », ce qui a stimulé les prestataires à trouver des stratégies d'amélioration autonomes et adaptées aux problèmes spécifiques de chaque formation sanitaire.

Dans les pays francophones, un taux d'environ 40-60 % de recouvrement des coûts est considéré comme optimal. Au niveau international, une proportion de 8-10 % des dépenses pour la santé par rapport aux recettes des ménages semble également optimale. Cela signifie que les mécanismes robustes d'auto financement sont en place, ce qui stimule la pérennité du système et évite la dépendance totale sur les subsides de l'extérieur et du gouvernement qui a tendance à être peu stable. Dans les ZS d'intervention, l'ensemble des recettes des centres de santé s'élevait à environ $ 1,04 par personne par an, contre $ 0,45 dans les ZS témoins. Pour rendre disponible le PMA de qualité, les recettes doivent avoisiner $ 2-3. Pour cela, les subsides de l'agence d'achat dans les ZS d'intervention sont encore trop bas et doivent donc être augmentés. Pour les ZS témoins, la situation est plus complexe et nous pensons que les différents intervenants devraient : (a) libéraliser la tarification du recouvrement des coûts ; (b) considérer un appui en espèces et non plus en contribution et ; (c) redistribuer leur budget de $ 7-10 de contribution sous forme de cash aux centres de santé, aux hôpitaux et aux programmes communautaires et non plus en coûts administratifs et en achat direct de contributions.

Nous pensons qu'un système autonome de distribution de médicaments basé sur la demande et la concurrence est plus valable que le système de distribution de médicaments centralisé à travers des CDR (Centres de Distribution Régionaux) monopolistes. Cette étude montre que l'expérience décentralisée avec plusieurs distributeurs de médicaments dans la ville de Bukavu a eu de bons résultats en ce qui concerne la disponibilité des médicaments. De plus, la stratégie de certains acteurs nationaux et internationaux de « taxer » les centres de santé jusqu'à 60 % de leurs recettes de recouvrement des coûts pour financer les CDR monopolistes est contre-productive pour l'économie locale et dangereuse pour la pérennité du système sanitaire.

Les autorités devraient stimuler les responsables des structures de santé à adopter une stratégie de recouvrement des coûts autonome à travers la tarification directe (forfaitaire) et à moyen terme par le biais des mécanismes d'assurance maladie. Il est préférable que les communautés identifient elles-mêmes les « indigents » pour lesquels des mécanismes d'équité peuvent être développés par les communautés elles-mêmes et principalement pour les soins hospitaliers.

La forte croissance économique de ces trois dernières années a également contribué à augmenter la faisabilité des mutuelles par rapport à l'année 2005, mais avant de convaincre la population d'adhérer à une mutuelle, il faut que les structures de santé appliquent des tarifications réelles pour les services. Ce système encouragera la population à éviter des coûts de soins élevés. Cependant, si l'adhésion à la mutuelle est volontaire (contrairement au Rwanda où elle est obligatoire), la faisabilité d'atteindre de bons résultats d'équité est presque nulle en RDC. Nous proposons d'intégrer graduellement des éléments d'assurance maladie dans le système d'achat de performance et de ne plus initier de programmes de mutuelles isolés.

Groupe socio-économique	Membre de la mutuelle 2005	% 2005	Membre de la mutuelle 2008	% 2008	Ecart absolu 2008 / 2005
Plus pauvre	0	0%	0	0%	0%
Pauvre	5	29%	6	27%	-2%
Moyen	4	24%	6	27%	4%
Fortuné	8	47%	10	45%	-2%
Ensemble échantillon	**17 sur 440 = 3,9%**	**100%**	**22 sur 440 = 5%**	**100%**	**0%**

5. LES INDICATEURS DE RESULTAT D'UN PROJET PBF

Jean Baptiste HABAGUHIRWA et Dr Robert SOETERS

5.1 Objectifs du module

- Décrire les critères d'un indicateur objectivement vérifiable
- Identifier les principaux indicateurs de résultat objectivement vérifiables du PMA et du PCA, et appliquer les formules de calcul des cibles par population
- Décrire le calcul des cibles et d'attribution des subsides

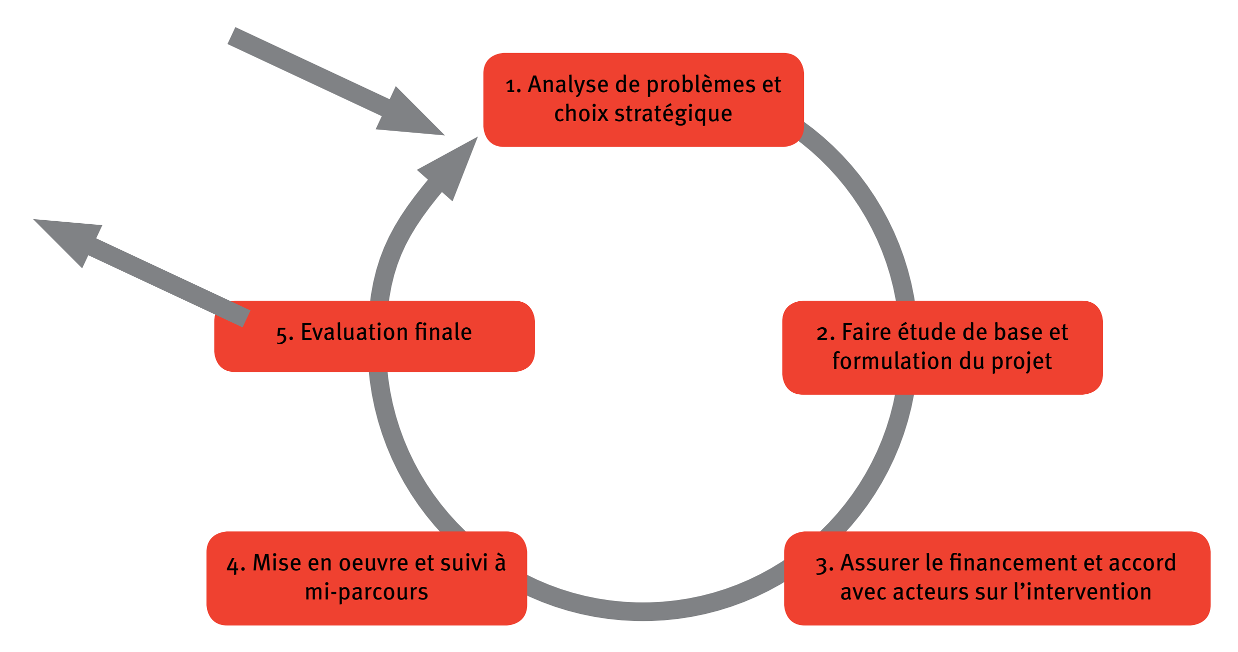
5.2 Introduction

Un indicateur est une mesure qui permet de connaître le degré d'atteinte (niveau de réalisation) d'un objectif. Il indique le chemin parcouru par rapport à l'objectif fixé. Un indicateur doit être **SMART** = **S**pécifique, **M**esurable, **A**ccessible, **R**éalisable et dans les **T**emps.

Les subsides des formations sanitaires sont déterminés par :
(a) des indicateurs quantitatifs (ici appelés indicateurs « de résultat » et (b) des indicateurs de qualité.
Les indicateurs « de résultat » ont une influence sur le paiement mensuel des subsides. Les indicateurs de résultat sont peu nombreux (15-25 pour les CS et autour de 20 pour les hôpitaux), ce qui facilite la collecte de données pour établir les subsides. Les indicateurs de la qualité composite sont plus nombreux (entre 120-200) et sont habituellement évalués une fois par trimestre. Les revues de qualité des formations sanitaires servent de base au paiement trimestriel d'un bonus de qualité (par exemple 15 % par rapport à la somme des subsides mensuels de résultat).

5.3 La préparation d'un projet PBF

Le cycle de gestion de projet est constitué de cinq phases : (1) Choix stratégique ; (2) Identification de la situation de départ ; (3) Assurance de financement et formulation de l'intervention avec les acteurs principaux ; (4) Mise en œuvre du programme et suivi - évaluation à mi-parcours ; (5) Evaluation finale.



Le cycle peut durer 2 à 5 ans dans le cas d'un projet. Un deuxième cycle plus court permet l'adaptation régulière des subsides ainsi que des indicateurs, pendant 6 à 12 mois. Un troisième cycle plus court encore (environ trois mois) permet la rédaction d'un business plan. Pour les Agences d'Achat de Performance et les autorités, cela facilite le suivi régulier des progrès d'une formation sanitaire dans l'atteinte des objectifs et des stratégies du business plan.

Quand une organisation veut initier une intervention PBF, elle commence par l'identification d'une proposition avec les éléments suivants :

- Le lieu d'intervention et la population cible (Où et qui ?)
- La motivation du projet (Pourquoi ?)
- Les indicateurs à financer (Quoi ?)
- La durée du projet (Quand ?)
- Les mécanismes du suivi et d'évaluation
- Le « costing » du projet (subsides, frais administratifs, études, appui à la régulation, etc.)

5.4 Les indicateurs de résultat

Dans le tableau suivant sont présentées les activités habituellement incluses dans une intervention PBF au niveau d'un Centre de Santé. Dans ce cas par exemple, la population dans la zone d'intervention PBF est de 1 150 000 habitants. Si on estime que chaque habitant se rend une fois par an dans un centre de santé, la cible mensuelle est : 1 150 000/ 12 mois = 95 833 consultations par an. Cela nous facilite le calcul du budget nécessaire pour payer les subsides.

En ajoutant un bonus d'isolement et d'équité de 15 % par exemple, chaque consultation externe sera subventionnée $ 0,30 x 115 % = $ 0,35. La cible d'une consultation externe par an par personne (en comptant seulement les nouveaux cas) est souvent basée sur des orientations des documents OMS. Par contre, les enquêtes ménages réalisées en préparant une nouvelle intervention PBF peuvent montrer que la réalité est toute autre comme par exemple 1,5 ou même 2 consultations (ou épisodes maladie) par personne par an. Cela nécessite d'augmenter la cible et le budget pour les consultations externes.

Population:	1150000			
Bonus d'Isolement et d'Equité:	15%			
Activités PMA	Calcul de la cible par mois	Cible/ mois	Subside de base	+ Bonus isolement et équité
Consultations externes (nouveaux cas)	population / 12	95.833	$0,30	$0,35
Journées d'hospitalisation	pop / 1000 x 0,5 x 30 jours	17.250	$0,70	$0,81
Patients graves référés arrivés à l'hôpital	pop / 12 x 4%	3.833	$1,00	$1,15
Petite chirurgie	pop x 1% / 12	958	$0,50	$0,58
PEV: Enfants complètement vaccinés	pop x 3,94% / 12 x 100%	3.776	$1,50	$1,73
VAT 2 - 5: Grossesses protégées	pop x 4,3%/ 12	4.121	$0,50	$0,58
Accouchements assistés au CS	pop x 4,3%/ 12 x 80%	3.297	$2,50	$2,88
CPN: Total Nouvelles + Visites Standard	pop x 4,3%/ 12 x 80% x 4	13.183	$0,50	$0,58
PF: TOTAL Nouv. + Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 20%	16.100	$1,75	$2,01
PF: Insertion d'implants ou DIU 2% par an	pop x 21% / 12 x 2%	403	$5,00	$5,75
PF: Ligatures et vasectomies référées	pop x 21% / 12 x 1%	201	$1,00	$1,15
Dépistage et prise en charge IST	pop / 12 x 5%	4.792	$0,50	$0,58
Dépistage adéquat positif TBC (3 crachats)	pop / 100.000 x 150 / 12	144	$10,00	$11,50
Patients TBC traités et avec BK - après 6 mois	pop / 100.000 x 150 / 12	144	$20,00	$23,00

Tableau 3 : Indicateurs de résultat CS, cible par mois, subside de base par acte et bonus d'isolement et équité.

5.5 Les critères de pondération qui influencent les subsides sont :

a) La **disponibilité des fonds :** lorsque le financement est adéquat, les subventions atteignent le niveau souhaité mais lorsque le financement est limité, les subventions par activité diminuent également. Ce scénario doit être clairement indiqué dans le contrat
b) Les **externalités positives :** par exemple pour le dépistage et le traitement de la TBC. Un tel indicateur nécessite un subside plus élevé car « le marché » le sous-finance
c) Les **biens publics :** (Tout le monde va en bénéficier, mais personne ne peut être exclu). Par exemple le marketing social pour un comportement sain ou dans l'intérêt national tel que l'utilisation du planning familial. Le comportement ou l'activité doit être pris en considération et recevoir obtenir un subside équivalent au prix de production ou supérieur
d) **Priorités politiques :** un indicateur jugé important par le gouvernement peut recevoir un subside supérieur aux autres. Par exemple, au Burundi, les accouchements assistés et les consultations externes pour les enfants de moins de 5 ans sont considérés comme prioritaires par le gouvernement et doivent être subventionnés jusqu'à la gratuité
e) **Niveau d'atteinte de l'objectif (cible)** au cours de la mise en œuvre du projet : si la cible est atteinte ou dépassée, il faut diminuer le subside et dans le cas contraire, il faut augmenter le subside

Le **bonus d'isolement** est accordé aux structures de santé géographiquement isolées. Il se calcule par la formule :

Bonus d'isolement = Subside de base x (% bonus d'isolement+1)

Il dépend des différences par FOSA et/ou par province en termes d'isolation, d'accès aux routes, etc.

5.6 Exercice 1

1. Quelles sont les conséquences de la prise en compte d'un indicateur qui n'est pas SMART ?

2. Quelles sont les différences entre les indicateurs de résultat obtenus chaque mois et les indicateurs de qualité obtenus après un audit de qualité trimestriel ?

3. Pourquoi n'est-il pas conseillé de mettre des indicateurs de processus (sessions de réunions, rapport soumis, séance IEC, voyage de moto) dans les indicateurs de résultats du PBF ?

4. Etudiez la liste suivante des indicateurs:
   - Mortalité maternelle
   - Taux de malnutrition
   - Accouchement institutionnel
   - Incinérateur fonctionnel avec fosse septique en enclos et sous clé
   - Documents de gestion du CS mis dans des classeurs et accessibles au personnel de garde
   - Présence d'une sage-femme qualifiée dans le CS
   - Nombre de réunions tenues par le Comité de Santé
   - Nombre d'ateliers suivis par le Médecin Chef de Zone
   - Réunion technique de service avec Procès Verbal
   - Personne qui fait le VCT (test et consultation VIH volontaire) et est informée sur le résultat
   - Femme enceinte sous Prévention de Transmission Mère-Enfant (PTME)
   - Présence permanente d'un infirmier qualifié dans le CS
   - Evaluation de qualité faite par les superviseurs des autorités de santé dans les structures privées
   - Les occurrences de maladies par habitant par an
   - La satisfaction du patient quant à la durée d'attente
   - Recettes de la formation sanitaire par mois
   - Nombre de membres de personnel qualifiés par CS

4a. Parmi ces indicateurs, lesquels peut-on intégrer dans la liste de résultats à subventionner mensuellement par l'AAP ?
4b. Parmi ces indicateurs, lesquels peuvent être intégrés dans la revue trimestrielle de qualité par les autorités de santé ? Est-il important de mesurer les indicateurs qui ne sont pas retenus au point 4a ou 4b ? Oui / non. Si oui, expliquez pourquoi et par quelle méthode ?

5. L'indicateur « malade grave référé » a été considéré comme important, mais pose aussi des problèmes de vérification. Discutez les exemples suivants de référence et proposez quel subside l'AAP pourrait payer et pourquoi ? Palu grave ? Cataracte ? Hernie ? Crise d'hypertension du chef de village ? Complication pendant un accouchement ?

6. Est-ce que les indicateurs d'impact doivent être payants ? Mortalité intra-hospitalière – mortalité maternelle ? Oui / non? Si non, justifiez votre réponse

7. Analysez les activités (indicateurs) suivantes et proposez quelle proportion du coût de production les subsides doivent constituer ? 0 %, 10 %, 25 %, 50 %, 75 %, 100 % ou plus ?

   Expliquez votre réponse en tenant compte du bien public, de l'externalité et de l'équité
   - Patient TBC qui reçoit correctement le traitement DOTS pendant 6 mois
   - Une pneumonie sévère nécessitant une cure d'antibiotiques
   - Une endoscopie dans un hôpital universitaire
   - Le subside pour une moustiquaire vendue et utilisée par un ménage
   - Le Président de la République déclare les accouchements gratuits : quel subside ?
   - Une latrine adéquate construite dans le ménage
   - Un enfant complètement vacciné

5.7 Exercice 2 : Centre de Santé IBO

Le Centre de Santé IBO couvre une population de 20 000 habitants. Le CS compte 3 infirmiers qualifiés (tous masculins) et 10 membres de personnel non qualifiés. Au mois de juin 2009, les recettes mensuelles du Centre de Santé IBO s'élevaient en moyenne à $ 950 par mois. Ainsi, les recettes du CS s'élèvent en moyenne à $ 0,57 par habitant par an. Voici comment sont réparties ces recettes par source de provenance :

Rubriques de recettes	Francs	US $
Recettes directes – recouvrement des coûts	F 100.000	$ 200
Recettes d'autres bailleurs	F 300.000	$ 600
Recettes mutuelles	F 50.000	$ 100
Recettes Police Nat & Forces Armées	F 25.000	$ 50
TOTAL DES RECETTES	**F 475.000**	**$ 950**

Tableau 4 : Recettes mensuelles du Centre de Santé IBO.

Voici comment se présente la liste du PMA du gouvernement avec les cibles par indicateur.

INDICATEURS PAQUET MINIUM d'ACTIVITES	
Consultations externes nouveaux cas (1 cons/pers/an)	population x 1 / 12 =
PEV: Enfants complètement vaccinés (avant 12 mois)	pop x 4,5% / 12
VAT 5: Femmes complètement protégées	pop x 4,8% / 12
Distribution moustiquaires	pop/5an/12mois/1,5 pers
Latrines construites et/ou améliorées	pop / 6 pers / 12 / 3 ans
Accouchements assistés au CS	pop x 4,8% / 12
CPN Total Nouvelles + Tous Standard	pop x 4,8% / 12 x 3
PF: TOTAL Nouv. + Anciennes Utilisatrices	pop x 21% / 12 x 20%

Tableau 5 : Saisie des données d'un CS dans l'outil EXCEL.

Une Agence d'Achat qui s'est installée dans la Zone de santé achète la production du Centre de Santé en payant les subsides suivants par indicateur : $ 0,35 par consultation externe ; $ 1,5 par enfant complètement vacciné ; $ 1,50 par accouchement assisté ; $ 0,50 par femme complètement protégée ; $ 2,00 par moustiquaire vendue ; $ 1,00 par latrine construite ; $ 0,50 par nouveau cas CPN et $ 2,00 pour le planning familial par trois cycles de pilule ou par contraceptif injectable.

Le CS n'étant pas facilement accessible et connaissant beaucoup de difficultés d'équipement, l'Agence d'Achat décide de lui payer un bonus d'isolement de 15 % pour l'aider à améliorer rapidement ses conditions de travail.

Questions concernant le CS IBO

Grâce au logiciel « EXCEL » de collecte et d'analyse des données, répondez aux questions ci-dessous après avoir dûment complété les formules nécessaires :

1. Quelles sont les cibles mensuelles pour chaque indicateur retenu ?
2. Quel sera le subside par indicateur après intégration du bonus d'isolement ?
3. Si le CS atteint toutes ses cibles, quel serait le subside par mois ?
4. Quel est le besoin en personnel qualifié pour ce centre de santé si on doit se fier à la norme qui exige un personnel qualifié pour 2 000 habitants ?
5. Pour le mois de juin, veuillez répartir les recettes moyennes entre les différentes rubriques des dépenses en tenant compte de vos priorités
6. Expliquez comment on parvient à une recette de $ 0,57 par habitant par an pour le CS ?
7. Est-ce que ce montant est suffisant pour bien gérer l'Aire de Santé ? Oui / non
   Si non, quelles sont les rubriques sous-financées ?

Si ce montant n'est pas suffisant, quel montant annuel par habitant serait selon vous nécessaire au bon fonctionnement de l'Aire de Santé ?

6. LES AGENCES D'ACHAT ET LA COLLECTE DE DONNEES

Dr Jean Pierre TSAFACK, Jean Baptiste HABAGUHIRWA

6.1 Objectifs

- Identifier la problématique du système national d'information sanitaire de routine
- Connaître le rôle des Agences d'Achat de Performance
- Etre capable d'utiliser les instruments PBF de collecte de données comme : les registres standard des FOSA, le résumé mensuel d'activités, les outils de la vérification médicale et le logiciel de collecte de données en vue de prendre des décisions appropriées et de calculer correctement les subsides PBF

6.2 Problématique de la collecte de données de routine

Les problèmes liés au système de collecte de données de routine (ou le Système National d'Information Sanitaire - SNIS) sont les suivants :

a) Les données collectées peuvent être incomplètes et/ou biaisées car les sources ne sont pas fiables ou sont manipulées

b) Les données peuvent être sous-estimées pour échapper aux taxes, ce qui est parfois le cas pour les soins curatifs (en RDC)

c) Les données peuvent également être surestimées pour obtenir plus de contributions, comme c'est parfois le cas dans le programme de vaccination

d) Le rapport SNIS peut ne pas être disponible – ce qui est parfois le cas quand un titulaire a changé de poste et que les données ne sont plus disponibles pour son successeur

e) Le personnel peut être peu motivé pour remplir correctement le rapport SNIS surtout si l'objectif de la demande d'information n'est pas clair. Cela est le cas quand les données demandées servent les besoins des administrateurs hiérarchiques et non les besoins de la FOSA ou les objectifs d'amélioration de la gestion

f) Il existe souvent des demandes non coordonnées de données par les différents bailleurs ou des départements du Ministère de la santé

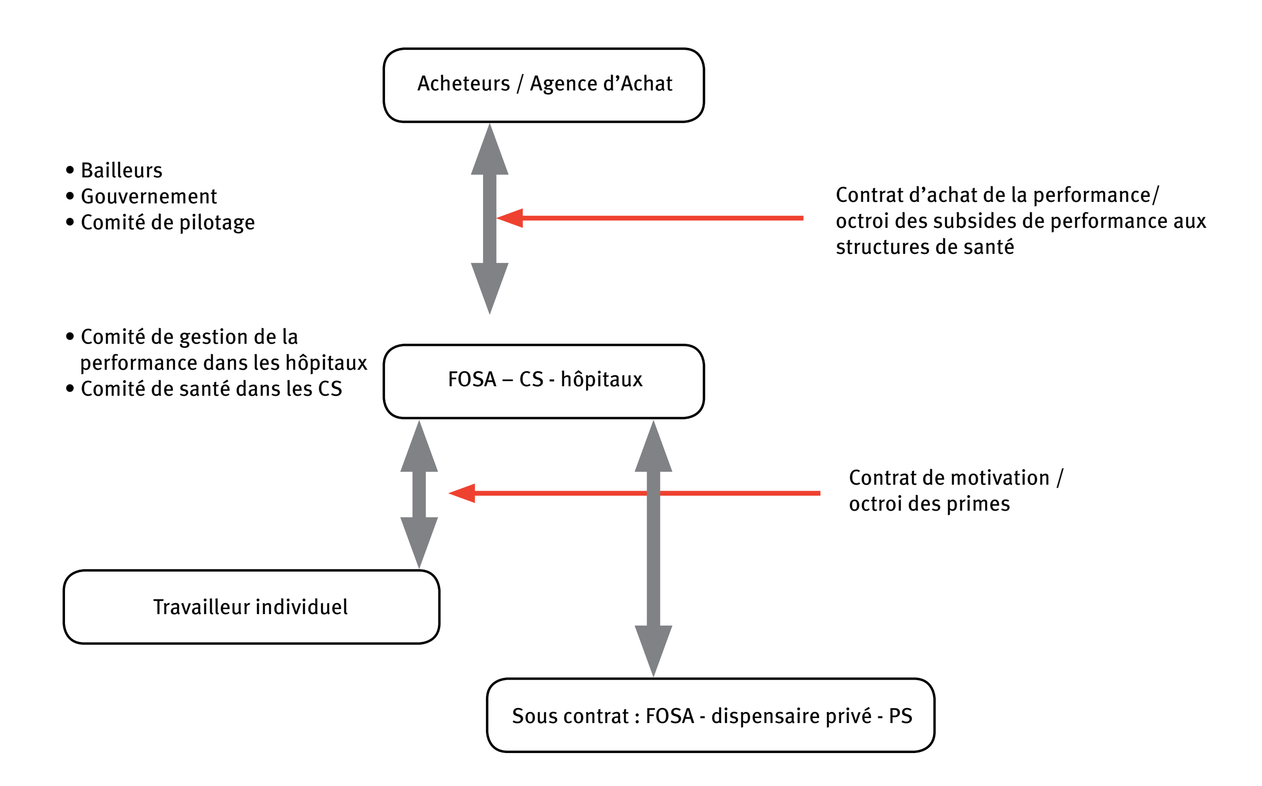
Tous ces facteurs expliquent que l'on ne peut pas faire entièrement confiance aux données du SNIS et que ces données ne peuvent pas être la seule source pour le paiement des subsides de résultat par les Agences d'Achat de Performance.

6.3 La gestion des agences d'achat de performance

Un désavantage potentiel dans le paiement des résultats PBF réside dans le fait que les structures de santé peuvent avoir tendance à gonfler les chiffres par la création de données fictives. Or, c'est sur la base de ces données (la production de services) que les subsides sont payés aux prestataires. L'absence de vérification, presque inévitable, ou une vérification superficielle peut mettre le système PBF en danger car les bailleurs et/ou le Ministère des Finances ne peuvent pas accepter des données qui ne sont pas transparentes et qui ne peuvent pas passer des audits. Le système de collecte de données PBF oblige les FOSA à utiliser correctement les outils de collecte de données. Un effet secondaire de cette rigidité est que la qualité des données de routine SNIS s'améliore également, ce qui facilite la planification réaliste des activités par les autorités.

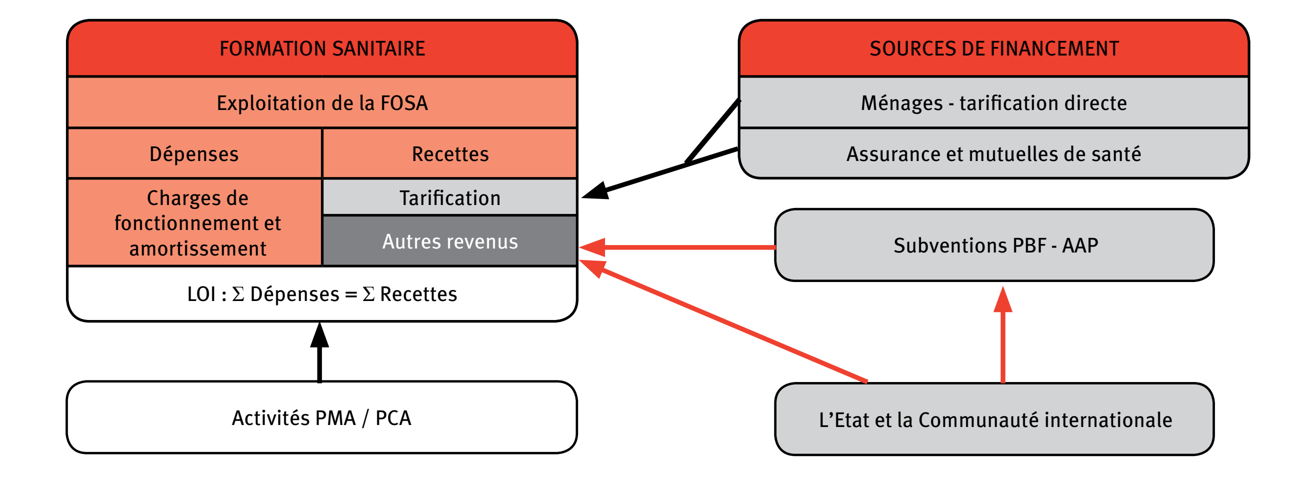
Ainsi, les Agences d'Achat de Performance (AAP) doivent créer des mécanismes stricts de vérification des données et doivent appliquer des sanctions sévères pour décourager les tentatives de fraude. Les vérificateurs médicaux visitent mensuellement les structures de santé pour vérifier les données dans les registres des différentes activités. Les vérificateurs communautaires visitent trimestriellement les structures de santé et extraient des registres des échantillons correspondant à 1-3 % des activités (consultation externe, accouchements, vaccinations, etc.). Ces données sont fournies aux associations locales qui vérifient l'existence de ces personnes à domicile. Pour pouvoir faire la vérification, les registres doivent contenir les adresses correctes et précises des patients. L'objectif des visites à domicile est de vérifier si les données contenues dans les registres sont réelles et si ces registres ne contiennent pas de données falsifiées. Le deuxième objectif de ces visites de patients à domicile est de recueillir les appréciations de la population sur la qualité des services fournis par la structure de santé.

Les agences d'achat sont généralement composées d'un spécialiste en santé publique (ou économiste de santé), d'un administrateur/comptable et de 3-5 vérificateurs (médicaux, communautaires et/ou scolaires – dans le cas où l'AAP subventionne aussi les indicateurs scolaires). L'AAP établit des contrats de performance avec les CS des aires d'attraction et les hôpitaux. Les contrats individuels de gestion des FOSA avec le personnel ne sont pas influencés par l'AAP tout comme les sous-contrats avec les dispensaires privés ou postes de santé dans l'aire d'attraction.



Selon les contrats de performance avec l'AAP, chaque formation sanitaire s'engage à :

- Assurer l'utilisation plus efficace des services de santé et des ressources disponibles de manière à atteindre les cibles des activités PMA et PCA pour chaque indicateur
- Assurer l'amélioration et le maintien de la qualité des services de santé à un niveau jugé satisfaisant par les bénéficiaires et par les superviseurs de la régulation
- Equilibrer mensuellement les dépenses et les recettes sur base des adaptations



6.4 Registres de base des formations sanitaires selon un canevas standard

Chaque activité réalisée dans les FOSA pour laquelle l'AAP paye un subside doit avoir un registre standard où les données sont transcrites quotidiennement. Les registres et autres documents dans les CS/HGR doivent être tenus selon un canevas standard.

Exemple d'un registre standard de la structure de santé pour les consultations externes :

Date	Numéro	Nom & post nom	0-11	1-4	5-14	> 14	Sexe	Commune	Village	Chef de famille	Z	HZ	HD

Symptômes & examens physiques	Examens labo	Diagnostic	Traitement	H	T

Exemple d'un registre pour la vente des moustiquaires :

Nu. An	Date	Nu. mois	Nom	Prénom	District	Village	Vendue à quel prix

Exemple d'un registre pour le planning familial :

Nu. Année	Date	Nu. mois	Nom	Dis-trict	Vil-lage	Age	CC Oral 3 cycles	Injec-table	DIU	Im-plant	Meth Perm: Ligature trompes vasectomie	Nou-veau accep-tant	An-cien accep-tant

A la fin du mois, le personnel laisse un espace ouvert dans le registre pour que le vérificateur médical de l'AAP et le titulaire signent conjointement le total des activités pour le mois :

Nombre total de nouveaux cas de consultations externes pour le mois de	Signature du titulaire, date	Signature du titulaire, date
....	..../...../201.....	..../...../201.....

6.5 Résumés mensuels

Les registres de base standard sont utilisés dans le rapport SNIS et le Résumé Mensuel. Le Résumé Mensuel permet la facturation mensuelle de la production de chaque FOSA car il est fiable après vérification. Le Résumé Mensuel est une sorte de facture qui sert de document d'audit car il est contresigné pendant la vérification par le vérificateur de l'AAP et le responsable de la structure sanitaire. Les données collectées dans chaque structure (et celles des sous-contrats) sont notées sur deux copies du résumé mensuel, une pour la FOSA et l'autre pour l'AAP, et doivent être conservées pendant au moins cinq ans pour permettre la réalisation d'audits.

6.6 Procédures de paiement

Saisie de données dans l'application EXCEL
Les données des structures de santé sont saisies dans une application EXCEL de l'AAP. Considérant l'importance des données pour les subsides, il faut vérifier les entrées pour éviter des erreurs qui peuvent avoir des conséquences financières.

Facturation et paiement des subsides
A partir du Résumé Mensuel, l'AAP calcule le montant dû à chaque formation sanitaire. L'AAP procède au paiement, en espèces ou par virement bancaire, du montant retenu sur la facture avant le 25 du mois suivant. La structure doit accuser la réception du montant à l'Agence d'Achat avant le paiement du mois prochain. Tout manque de qualité dans le registre ou le rapport SNIS entraîne des pénalités car les données vérifiées et les données déclarées dans le rapport SNIS sont comparées pendant les vérifications. Les écarts de plus ou moins 5 % impliquent le non-paiement de l'indicateur concerné par la différence.

6.7 Exercice

Groupe de travail :
- Quels sont les problèmes enregistrés avec le SNIS ? En dehors des problèmes cités dans le paragraphe 6.2, pouvez-vous imaginer d'autres problèmes ?
- Dans la collecte du système PBF on trouve des incitations positives et négatives pour améliorer la qualité de données. Lesquelles ?
- Quels sont les avantages et risques potentiels du système de collecte de données dans le PBF ?
- Pourquoi les registres de base des FOSA doivent être standardisés ?
- Analysez les données dans le classeur EXCEL suivant
- Est-ce que les données vous semblent correctes ? Si le classeur contient des erreurs, quelles sont-elles ?

INDICATEURS PAQUET MINIUM d'ACTIVITES	Jan 2009	Fev 2009	Mar 2009	Avr 2009	Mai 2009	Juin 2009
Consultations externes nouveaux cas (1 cons/pers/an)	1005	1255	1389	8011	800	399
Journées d'hospitalisation (0,5 lits occupé / 1000 pop)	300	250	430	0	0	450
Patients graves référés par CS et arrivés à l'hôpital	2	450	2	3	4	6
Enfants 6m–6ans recevant vit A	500	450	300	700	300	600

7. LE ROLE DU REGULATEUR

Dr Jean Paul NYARUSHATSI et M. Bwanga ENANJOUM

7.1 Objectifs

- Comprendre les problèmes, le cadre conceptuel et les instruments de régulation des systèmes de santé dans le contexte d'une économie de marché libre et des principes PBF
- Appliquer les instruments d'assurance qualité avec les indicateurs de qualité au niveau du PMA et PCA

7.2 Problèmes de la régulation dans les systèmes traditionnels

Dans plusieurs pays, les autorités sanitaires opèrent dans un **système hiérarchique monopoliste**, dans lequel le ministère de la santé, les autorités provinciales et de district jouent à la fois le rôle de régulateur, de prestataire, de canaliseur de fonds et de gardien de la participation communautaire. Les autorités sanitaires (et les politiciens) ont souvent une maîtrise limitée des avantages offerts par l'économie de marché et supposent qu'ils doivent assurer un rôle paternaliste et centralisé de commande et de contrôle dans leur relation avec les autres acteurs.

Par conséquent, les fonctionnaires nationaux et les décideurs ont tendance à développer des instructions rigides. Souvent, ces instructions ne sont pas basées sur une bonne analyse des problèmes et sont dépourvues de base scientifique. Les instructions peuvent être le résultat de discussions internationales ou du plaidoyer des groupes de pression. **Les attitudes rigides et hiérarchiques** peu respectueuses des autres intervenants nationaux et les directives autoritaires sont un frein à l'esprit d'entreprise des gestionnaires des formations sanitaires. Souvent, les régulateurs ont aussi tendance à ignorer les avantages comparatifs du secteur privé et à les freiner. Tous ces facteurs bloquent le développement du système de santé et de l'économie car (comme expliqué dans le chapitre sur la microéconomie) le système centralisé de commande et de contrôle ne parvient pas à distribuer efficacement les ressources publiques.

Autres problèmes liés à la performance des autorités sanitaires dans les pays en développement, les salaires très bas et l'absence d'un système d'incitation qui récompense la performance. Les salaires sont payés sans lien avec la performance, l'emploi des fonctionnaires est souvent « à vie », ce qui explique le manque de motivation intrinsèque des autorités de santé pour défendre l'intérêt public. Lorsque les gouvernements (historiquement) ont décidé que les travailleurs de la santé devaient être fonctionnaires, le gouvernement devenu régulateur a supposé à tort que les services de santé devaient également être rendus par les fonctionnaires. De plus, les autorités sanitaires locales **manquent** souvent **de bons instruments** pour mettre en œuvre leurs tâches de régulation telles que l'assurance qualité ou la stimulation des partenariats public-privé.

Ce manque de clarté sur le rôle principal des autorités gouvernementales, les bas salaires et un faible système d'incitation a contribué aux inefficacités, aux frustrations & comportements cyniques, à la corruption et l'abus de pouvoir.

7.3 Le rôle de la régulation : cadre conceptuel et valeurs

Un **système de santé** comprend toutes les organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions dont l'objectif principal est d'améliorer la santé.

La **régulation** se définit comme les règles visant à contrôler la conduite des activités auxquelles elle s'applique. Les règlements sont les règles officielles que les acteurs impliqués doivent suivre.

Idéalement, les objectifs de politique de santé dans un pays démocratique doivent être développés sur la base d'un processus démocratique de consultation avec tous les acteurs. Les objectifs doivent être adaptés aux intérêts du peuple et les politiciens doivent être sélectionnés parce qu'ils représentent le mieux les valeurs et opinions de leur électorat (voir aussi le chapitre 1). Ces objectifs doivent également être basés sur des systèmes pour lesquels il existe des preuves scientifiques qu'ils peuvent atteindre des résultats de qualité et équitables. Dans cette logique, le gouvernement, par l'entremise du ministère de la santé, assure l'administration générale et la réglementation de la mise en œuvre de la politique de santé. C'est le « steward » du système de santé.

Chaque Etat a sa propre politique sanitaire, mais cette politique est généralement basée sur des **objectifs et valeurs** universels (voir aussi le paragraphe 1.3) :
- Améliorer le ***l'état de santé*** de la population à travers l'offre des services ***de qualité*** qui sont **accessibles** dans le but d'assurer le respect du droit humain, de renforcer l'économie et le plein emploi et de diminuer la pauvreté à travers des effets économiques de multiplication
- Assurer le ***libre choix des patients pour les prestataires publics et privés*** afin de respecter les valeurs démocratiques et la libre expression des opinions
- Veiller ***à l'équité géographique, culturelle et financière*** de sorte que les ménages contribuent, proportionnellement à leurs moyens, aux dépenses de santé et que les services soient orientés par la demande de soins ressentie respectivement par la population et les professionnels
- Renforcer la capacité et **l'utilisation rationnelle des ressources**, en les orientant vers des prestations efficaces et efficientes à travers des instruments de marché
- Veiller que ***la proportion des dépenses de santé*** par rapport aux revenus des ménages (et de l'Etat) soit raisonnable. Cette proportion varie souvent autour de 8-10 % dans des systèmes hautement dépendants d'une tarification directe du recouvrement des coûts, mais elle est supérieure dans le cas des systèmes d'assurance maladie

Il faut faire des choix pour atteindre les objectifs et les valeurs mentionnés ci-dessus. Par exemple, comment garantir que la politique de santé soit basée sur les opinions de l'électorat ? Comment garantir que les services de santé soient de bonne qualité au lieu de promettre des services gratuits, sans mise à disposition de ressources adéquates pour les formations sanitaires ? Il est facile de faire des déclarations populistes en faveur de la gratuité, mais d'où proviennent les ressources, sont-elles durables et est-ce que l'utilisation efficace des ressources limitées peut être garantie ? Comment motiver les travailleurs de la santé afin qu'ils garantissent la qualité sans agitation ouvrière ou grèves comme c'est souvent le cas ? Alors que les principes de libre choix pour les formations de santé sont partagés par la plupart des intervenants, comment mettre en œuvre ces principes ? Comment faire pour s'assurer que la politique de santé nationale soit basée sur des preuves scientifiques solides ? Est-ce qu'il y a des instituts nationaux de recherche qui effectuent des recherches scientifiques et, si oui, lesquels ?

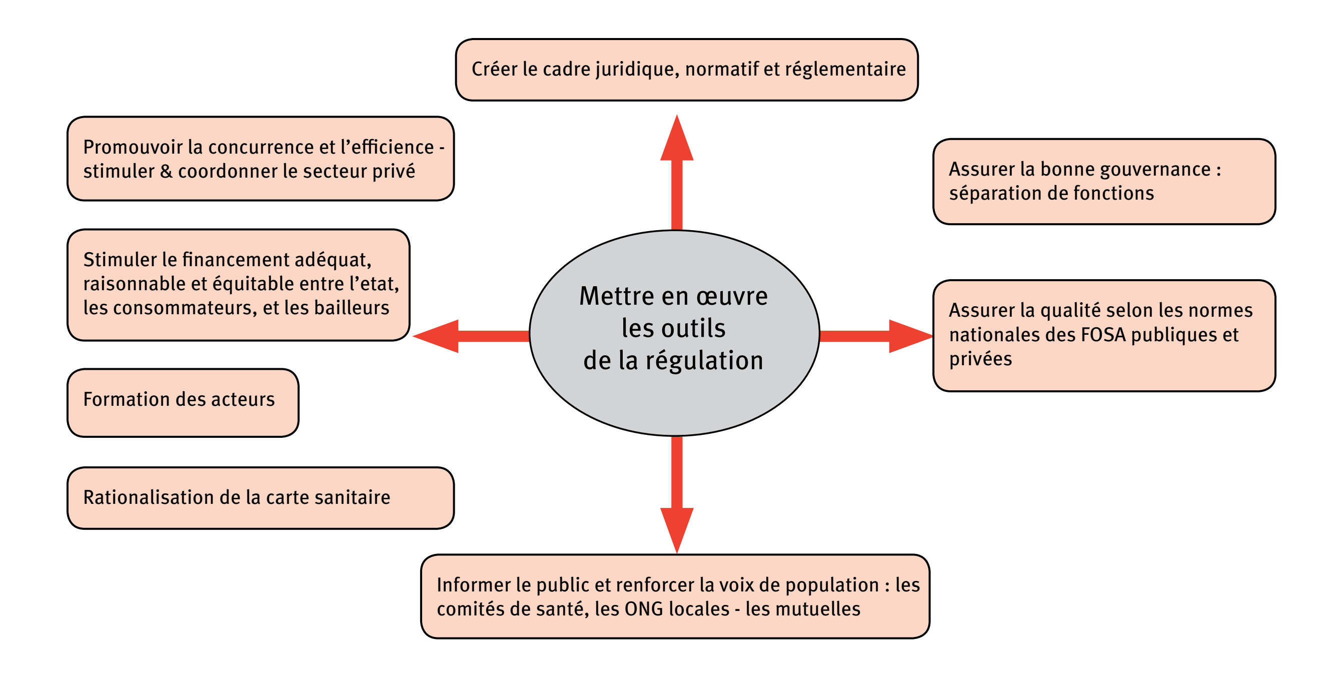
Conformément aux meilleures pratiques du PBF tout cela nécessite tout d'abord des décisions basées sur la preuve que les travailleurs accomplissent correctement leurs tâches. Deuxièmement, la politique ne doit pas être développée uniquement en vue d'améliorer le système de santé, mais aussi dans le but de créer la croissance économique et l'emploi. Troisièmement, seules les autorités sanitaires réellement motivées peuvent défendre efficacement la politique nationale et l'intérêt public sans conflit d'intérêts.

7.4 Le rôle de la régulation du gouvernement

Résultat de l'analyse des problèmes et de l'expérience avec le PBF, les meilleures pratiques suivantes sont apparues :
- Le premier rôle du régulateur est de promouvoir les objectifs et les valeurs de la politique nationale. Cela nécessite un petit groupe de fonctionnaires bien payés pour développer des stratégies, effectuer le suivi participatif et les enquêtes de qualité au niveau des formations sanitaires sans être tentés par la corruption ou l'abus de pouvoir

Les projets PBF visent à renforcer le système de santé dans son ensemble. Par conséquent, 5-10 % des fonds sont mis de côté pour renforcer la régulation afin de respecter les normes nationales en général et les instruments de l'assurance qualité en particulier. Pour cette raison, au Burundi, le projet PBF 2006-2010 a réservé des fonds indépendamment du Ministère de la Santé tandis que le MSP contractualise les Bureaux de Province et de District de la Santé.

- L'importance de la séparation des fonctions pour la bonne gouvernance
- La promotion de la concurrence et la coordination du secteur privé pour obtenir les effets économiques de la multiplication et pour assurer l'utilisation efficace des ressources
- Assurer des mécanismes qui garantissent le financement adéquat et équitable de la part du gouvernement et de la population à travers le recouvrement des coûts directs en faisant usage de l'économie de marché pour distribuer des ressources rares ainsi que des mesures orientées pour corriger les échecs du marché
- Assurer la rationalisation de la carte sanitaire en districts sanitaires pour une population cible de 100-200 000 et en centres de santé pour 10 000 personnes
- Informer le public, renforcer la voix des consommateurs et proposer des mécanismes efficaces pour le marketing social des comportements souhaités



7.4.1. Séparation des fonctions et limites du rôle de l'organe de réglementation

Pour assurer la bonne gouvernance et la transparence, les autorités sanitaires nationales et périphériques doivent se limiter aux activités de régulation strictes. L'achat de services de santé et les prestations doivent être effectués par différentes organisations. Ce principe implique la canalisation du financement public par des organisations autonomes telles que les ONG ou des compagnies d'assurance maladies. Ces agences d'achat peuvent signer directement des contrats avec les formations sanitaires sur la base des objectifs nationaux. Les autorités locales contrôlent la mesure dans laquelle ces objectifs sont atteints.

7.4.2. Assurance des normes de qualité aux formations sanitaires publiques et privées

Le régulateur, à différents niveaux, a la responsabilité de définir des normes sans discrimination des secteurs publics, privés lucratifs ou confessionnels. Le régulateur garantit la collaboration harmonieuse public-privé et exploite leurs avantages réciproques. Un outil a été développé pour mettre en œuvre ce principe : les titulaires des formations sanitaires avec un contrat principal peuvent entrer dans une relation de sous-contrats avec les autres formations sanitaires dans leur aire de santé. Mais cela implique aussi que chaque formation sanitaire, qu'elle soit publique ou privée, peut être exclue d'un contrat de performance si les normes minimales ne sont pas respectées. Ainsi les autorités sanitaires locales peuvent également fermer une formation sanitaire du gouvernement.

7.4.3. Assurer la concurrence pour les contributions dans le respect des normes

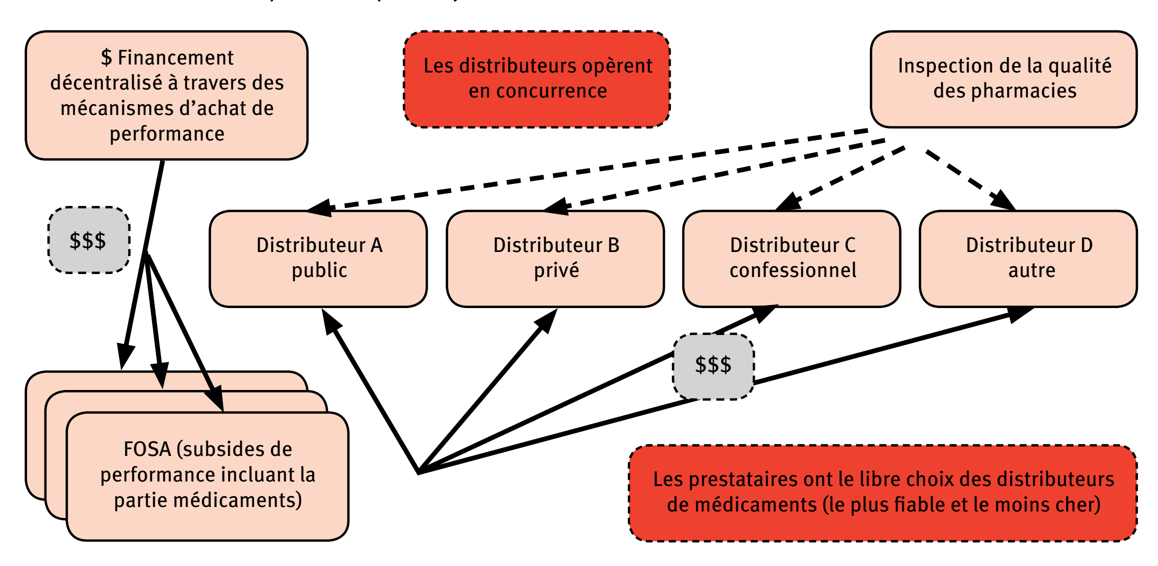
Désavantages du système monopoliste pour la distribution des contributions comme les médicaments :

- **Ruptures** de stocks, parce qu'il est quasiment impossible de planifier tous les besoins pharmaceutiques dans un pays ou une province avec un seul distributeur
- Surabondance **de produits périssables** car la planification centralisée a commis des erreurs. Cela engendre des destructions de fonds public (inter)nationaux
- Systèmes de monopoles publics pour la distribution des médicaments en conflit avec les industries pharmaceutiques privées. Le gouvernement devient un acteur du marché au lieu de réglementer le marché dans l'intérêt du public. Il s'ensuit que les opérateurs du secteur privé ont tendance à cacher leurs activités afin de lutter contre ce qu'ils peuvent considérer à juste titre comme une concurrence déloyale du gouvernement et cela, à son tour, va créer un marché noir. Une grande partie des médicaments n'est pas contrôlée quand le secteur privé entre dans le circuit informel, d'où le risque d'achat de produits **de qualité douteuse** par les formations sanitaires et ses effets néfastes sur la qualité des soins. Si le gouvernement ne s'occupe pas de la distribution des médicaments essentiels pour le marché et s'il peut garantir la qualité, ce genre de problèmes sera évité

Dans un système de marché libre, l'assurance qualité des médicaments est assurée par l'autorité centrale qui établit les standards pour tous les distributeurs qui opèrent en concurrence. Le rôle des autorités locales de santé est d'assurer que les normes nationales soient appliquées. Les formations sanitaires autonomes sont libres d'acheter leurs contributions où ils veulent et ainsi créer la concurrence entre les distributeurs dans l'intérêt de leurs clients. Dans ce système les distributeurs sont accrédités une fois que le régulateur affirme que les produits sont de bonne qualité.

Dans cette philosophie, l'Etat utilise les avantages comparatifs du secteur privé pour créer un mécanisme fiable de distribution de médicaments de qualité. Ainsi, l'Etat encourage le secteur privé à investir dans les usines pharmaceutiques y compris pour les solutés, les moustiquaires, etc. Sur base du principe économique de valeur ajouté, le secteur privé est une des sources de taxes pour le gouvernement et en même temps une source d'emploi et de croissance économique.

Le circuit des contributions préconisé par le système PBF à travers la concurrence se fait selon le schéma suivant :



Le rôle du régulateur dans le domaine **de la distribution des médicaments** se limite à créer une situation de concurrence équitable et sans discrimination parmi les différents distributeurs de médicaments. Il faut s'assurer à travers l'inspection que les distributeurs retenus proposent des médicaments de qualité. L'industrie pharmaceutique ne doit pas être considérée comme une menace mais comme une opportunité avec le potentiel des effets économiques de la multiplication. Cela nécessite aussi de renforcer les Inspections pharmaceutiques avec des outils de contrôle de qualité (laboratoires, etc.).

Cas de la RDC : Le monopole dans la distribution centralisée des médicaments

Le monopole de la distribution des médicaments à travers les Centrales de Distribution Régionales (CDR) en RDC a été imposé avec l'argument que grâce au monopole, la qualité des médicaments pourrait être mieux contrôlée. Cela n'a pas été confirmé par des études conduites par Cordaid en 2008 dans la province de Sud-Kivu. Ces études ont démontré que le monopole dans la distribution des médicaments avait créé de multiples ruptures de stocks et un mécontentement de la population. Par contre, dans les zones de santé d'intervention PBF où les formations sanitaires pouvaient choisir librement leur fournisseur, il n'y avait pas de ruptures de stocks de médicaments (Etude comparative des ZS Intervention – Témoin 2005 et 2008 publié en Health Affairs 2010).

7.4.4. La coordination provinciale – comité de pilotage

Dans le cadre du PBF, la coordination décentralisée du système de santé a été confiée au Comité Provincial de Santé (comité de pilotage) qui doit piloter et coordonner le développement sanitaire de la province. Il a comme mission principale de défendre les intérêts de la population dans le domaine de la santé à travers les actions suivantes :

- Appuyer tous les acteurs dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé y compris le PBF pour améliorer la qualité de vie de la population
- Expliquer aux différents acteurs les avantages et les effets économiques de multiplication du système PBF par rapport au système traditionnel de financement par « contribution »
- Constituer des alliances entres différents acteurs et assurer le plaidoyer pour canaliser les fonds de l'État et des partenaires à travers des AAP autonomes

Analyser les problèmes de nature politique et développer des stratégies de communication pour les résoudre.

7.4.5. Renforcer la voix de la population

Les patients jouent évidemment un rôle plus important dans le système de santé et le régulateur doit assurer et renforcer leur influence, tel que décrit dans le chapitre 11 de ce livre «Interaction de la Communauté - Prestataire».

7.4.6. Gestion des ressources humaines

Dans le PBF, les formations sanitaires sont autonomes dans le recrutement du personnel. Il est donc préférable que les membres du personnel de santé ne soient pas des fonctionnaires. Quel rôle joue le régulateur ? En premier lieu, les autorités de santé développent et appliquent les lois de travail nationales, comme celles déterminant les salaires minimum par niveau académique, par nombre d'années de travail, etc. Le ministère de la santé doit également établir des normes pour le nombre d'infirmiers qualifiés et de médecins par rapport à la population (1 membre de personnel qualifié pour 2 000 habitants pour le niveau PMA ou 1 membre de personnel qualifié pour 1 500 habitants lorsque le paquet de santé inclut aussi des activités de lutte contre le SIDA). En outre les autorités sanitaires peuvent également jouer un rôle important en assurant la formation du personnel de santé.

7.5 Le suivi et l'évaluation de la performance et de l'assurance qualité

7.5.1. Introduction assurance qualité

La supervision participative se fait à différents niveaux du système de la régulation. Par exemple, le niveau national supervise les autorités provinciales et de district tandis que les autorités du district effectuent des visites d'assurance qualité auprès des formations sanitaires et régule et assure la qualité dans le secteur privé. De préférence, les superviseurs de district visitent chaque aire de santé une fois par trimestre. Au cours de ces visites, des enquêtes de qualité sont effectuées. Dans le système PBF les agences d'achat peuvent payer un bonus de qualité basé sur les résultats obtenus pendant les enquêtes de qualité.

Quand les superviseurs des autorités de santé constatent que la qualité des services est en dessous de la norme, la formation sanitaire doit présenter ses stratégies pour se conformer à la norme dans son prochain Business plan. Le respect de la norme après 3-6 mois peut signifier le non-renouvellement du contrat en cas de négligence des gestionnaires. Chaque Business plan doit contenir des stratégies pour améliorer la qualité.
La prime de qualité est attribuée trimestriellement aux formations sanitaires sur base d'un certain nombre de critères d'évaluation. Cette prime équivaut à 15 % du montant global des subsides versés à la formation sanitaire au cours d'un trimestre, si elle est attribuée à 100 % de sa valeur.
Le bonus de qualité payé à chaque centre de santé par l'AAP est calculé à partir de la formule : **Subsides quantitatifs trimestriels x 15 % x score de qualité x 50 %. Les autres 50 %** de bonus de qualité pour les CS sont calculés à partir de vérifications médicales et communautaires par l'AAP. L'équipe de BDS suggère au titulaire comment utiliser le bonus de qualité pour les améliorations.

Aspects standard de qualité retenus dans les Business plans (Module 8)
- L'effectif de personnel qualifié par habitant › au moins 1 pour 2 000 habitants
- Les aspects de l'hygiène, de la stérilisation
- Les petites réhabilitations (peinture, lumière solaire, incinérateur, fosse septique, latrines)
- Les grandes réhabilitations (négocier une augmentation du bonus d'isolement pour suppléer les réhabilitations – payer une avance sur la production future)
- Des équipements – matériel de stérilisation – ordinateur – matelas – lits - etc.
- Accès au centre de santé par la supervision et la vérification – petits contrats de performance avec des chefs de village pour la maintenance des ponts

7.5.2. Suivi des indicateurs de qualité

L'évaluation de la qualité des CS est conduite par une équipe d'au moins deux superviseurs. Le score de qualité ne doit pas être en dessous de 50 % pour les CS et 60 % pour les hôpitaux. En cas de mauvais score les superviseurs doivent faire une analyse et proposer des actions **urgentes** d'amélioration, y compris des mesures administratives.

Les différents types de FOSA ont les composantes suivantes :
- Les Centres de Santé ont toutes les composantes – moins les composantes Bloc Opératoire, et tuberculose (sauf dans le cas des CS de Dépistage)
- Les hôpitaux ont toutes les composantes moins la vaccination et la CPN
- Les dispensaires privés et les postes de santé ont toutes les composantes moins le bloc opératoire, la tuberculose, la vaccination, la CPN et dans certains cas la maternité

Ainsi les différents types de structures peuvent gagner un maximum de points suivants :
Dispensaires privés / postes de santé : **Maximum = 150** (sans maternité, avec maternité 175)
Centres de Santé PMA : **Maximum = 200** (bloc op et tuberculose exclus)
Hôpitaux – PCA : **Maximum = 200** (PEV + CPN exclus)

Un indicateur composite retenu pour les évaluations de qualité contient plusieurs éléments qui doivent tous être réalisés pour gagner un point (ou parfois plus d'un point). La pondération des indicateurs avec 1, 2, 3, 4 ou 5 point(s) est faite sur la base de son importance.

ENSEMBLE DES COMPOSANTES		QUELLE FOSA ?	POINTS disponibles	Nombre d'indicateurs composites
1. Indicateurs généraux		TOUS	10	9
2. Business plan		TOUS	10	6
3. Recettes, dépenses de fonctionnement, prime de performance – indice		TOUS	10	4
4. Hygiène & stérilisation		TOUS	20	10
5. Consultation Externe / Urgence		TOUS	25	22
6. Planning familial		TOUS	25	12
7. Laboratoire		TOUS	10	9
8. Gestion de médicaments		TOUS	10	7
9. Médicaments traceurs		TOUS	15	5
10. Salle d'hébergement		TOUS	15	15
11. Maternité	25 points	Sauf PS certains DP	25	20
12. Bloc opératoire	15 points	HOP	15	9
13. Tuberculose	10 points	HOP - CSR	10	8
14. Vaccination–Cons. Préscol.	15 points	CS	15	12
15. Consultation prénatale	10 points	CS	10	6
TOTAL			**225**	**154**

Tableau 6 : Liste des composantes d'évaluation des Formations Sanitaires.

7.5.3. Evaluation de la qualité des Centres de Santé par les autorités locales de santé

L'évaluation de la qualité des CS est réalisée par une équipe d'au moins deux superviseurs des autorités locales de santé. Cette évaluation prend une journée s'il y a plus d'une formation sanitaire à visiter dans l'Aire d'Attraction (Postes de Santé ou Dispensaires Privés sous-contractés). Les vérificateurs de l'AAP vérifient, à partir d'un petit échantillon, le score d'évaluation des autorités locales de santé alors que les superviseurs des autorités locales de santé vérifient le travail de collecte de données des vérificateurs de l'AAP.
Chaque composante en dessous de 60 % doit être analysée et des actions correctrices doivent être proposées. L'équipe du BPS - BDS propose au titulaire comment utiliser le bonus de qualité pour des améliorations rapides.

7.5.4. Evaluation de la qualité des dispensaires privés par les autorités locales de santé

L'évaluation de la qualité des Postes de Santé et des Dispensaires Privés sous-contractés se fait une fois par trimestre et prend entre 2-3 heures. Le score de qualité ne doit pas être en dessous de 50 %. En cas de mauvais score, les superviseurs doivent faire une analyse et proposer des actions urgentes d'amélioration. Après chaque évaluation de la qualité des formations sanitaires, les équipes doivent faire une restitution en ciblant le personnel concerné et échanger sur les points forts, faibles et les solutions possibles.

7.5.5. Evaluation de la qualité des hôpitaux par les pairs

Dans le passé, l'évaluation de la qualité des hôpitaux était réalisée par des médecins spécialistes qui travaillaient dans les hôpitaux de référence. Cette approche s'est avérée difficile à appliquer en raison du manque de spécialistes, qui ont par ailleurs souvent d'autres priorités. De plus, ces évaluations n'étaient souvent pas considérées comme constructives. C'est pour cette raison que le système des évaluations de pairs a été développé. Les évaluations de pairs ne sont pas des évaluations hiérarchiques mais un travail inter-collégial. L'équipe d'un hôpital visite un autre hôpital pour évaluer la qualité des prestations de ce dernier. L'objectif d'une visite inter-collégiale est de prodiguer des conseils et non pas de donner des instructions unilatérales.

L'évaluation des hôpitaux par les pairs se fait par au moins deux hôpitaux, chacun représenté par trois personnes : le médecin directeur, l'AG et le directeur des soins, un représentant de l'autorité locale de santé et un de l'AAP. Une visite d'évaluation de qualité d'un hôpital dure une journée. Les représentants des différents hôpitaux, le BPS et l'AAP doivent arriver à temps pour ne pas faire perdre du temps aux autres. On commence par une revue des recommandations de l'évaluation précédente. Pendant la visite, les évaluateurs peuvent couvrir différents aspects médicaux (les médecins), les soins (les directeurs des soins), les aspects administratifs et financiers (les AG). Le travail doit être franc, sincère et transparent, sans s'obstiner à vouloir trouver des « erreurs » dans le travail des autres mais en voulant trouver ensemble des voies d'amélioration. Les résultats d'évaluation doivent être traités avec confidentialité. Cela permet d'éviter que l'hôpital visité cache certaines informations, mais aussi de protéger la confidentialité individuelle des patients (par exemple les PVV). Chaque composante ayant un score en dessous de 60 % doit être analysée et des actions correctrices doivent être proposées. Après la visite d'évaluation, une réunion de partage peut être organisée pour discuter les constats et formuler les recommandations.

Cas du Burundi
La prime de qualité au Burundi est calculée de la manière suivante : 50 % de la prime est basée sur les enquêtes de qualité conduites par les équipes de BPS et BDS. Pour les 50 % restants, l'AAP considère une série d'éléments pour évaluer la qualité des prestations et des services de chaque formation sanitaire sous contrat.

Critères d'évaluation pour l'attribution de la prime de qualité	Valeur en %
L'évaluation de la qualité technique par les autorités locales de santé	**50%**
La vérification quantitative des documents de base	10%
La vérification de l'existence des utilisateurs enregistrés	10%
La vérification de la prestation effectuée	10%
Le coût moyen des prestations subventionnées	5%
La perception des coûts par les utilisateurs	5%
La satisfaction des utilisateurs pour la prestation qui leur a été fournie par la FOSA	10%
TOTAL	**100%**

Tableau 7 : Critères d'évaluation pour l'attribution de la prime de qualité

7.6 Exercice

- Quel est le rôle de l'autorité locale de santé dans la promotion du secteur privé ?
- Comment le système de sous-contrats renforce t-il le système de santé au niveau décentralisé ?
- Quels sont les arguments en faveur de la séparation des fonctions au niveau provincial ?
- Quel est le rôle du niveau provincial dans la régulation / le financement de la distribution des contributions – médicaments, etc. ?
- Proposez de nouveaux indicateurs de qualité

Annexe : Questionnaire Qualité

SYNTHESE D'EVALUATION

	ENSEMBLE DES COMPOSANTES		QUELLE FOSA ?	POINTS disponibles	POINTS gagnés	%
1	Indicateurs généraux		TOUS	10		
2	Business plan		TOUS	10		
3	Recettes, dépenses de fonctionnement, prime de performance – indice		TOUS	10		
4	Hygiène & stérilisation		TOUS	20		
5	Consultation Externe / Urgence		TOUS	25		
6	Planning familial		TOUS	25		
7	Laboratoire		TOUS	10		
8	Gestion de médicaments		TOUS	10		
9	Médicaments traceurs		TOUS	15		
10	Salle d'hébergement		TOUS	15		
11	Maternité	25	Sauf PS certains DP	25		
12	Bloc opératoire	15 - HOP	HOP	15		
13	Tuberculose	10 - HOP - CSR	HOP - CSR	10		
14	Vaccination–Cons. Préscol.	15 - CS	CS	15		
15	Consultation prénatale	10 - CS	CS	10		
	TOTAL			**150/200**		

Normes minimum PS / DP : Maximum = 150 sans maternité, avec maternité 175
Normes minimum CS : Maximum = 200
Normes minimum hôpital : Maximum = 200

Date: .. / .. / 20.....	Nom(s) superviseur(s) :	Province: ....
District San :	FOSA : publique/agréée/privée	Nom FOSA: ....
Nombre de lits :	Pop. Zone d'Influence :	PS / DP / CS / CHR / HGR[9]
Nbr personnel A0 :	Nbr personnel A1 :	Nbr personnel A2 : ....
Nbr personnel A3 :	Pers. NON Qual A4/A5[10] :	Pers. NON Qual A6: ....
Tx pers qual / 2000 hab :	Nbr de lits / 1000 hab :	xxxx

9 PS = Poste de Santé / DP = dispensaire privé / CS = Centre de Santé / CHR = Centre Hospitalier de Référence / HGR = Hôpital Général de Référence.
10 Personnel non qualifié A4 = les Aides Soignant - Agent Formation Rapide (AFR) ; A5 = garçons, filles de salle - stérilisation – maintenance ; A6 = jardiniers - sécurité - buanderie.

	1. INDICATEURS GENERAUX	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Carte sanitaire de l'aire de santé disponible et affichée *Carte affichée dans la FOSA en montrant les villages/quartiers, routes principales, barrières naturelles, les points spéciaux et les distances*	1	0
2	Rapports mensuels – business plans – PV réunions et autres documents importants bien rangés *Avec classeurs, dans des étagères et accessible par le responsable du moment (IT, ITA, ou infirmier de garde)*	2	0
3	Horaire de travail et rôle de garde disponible et affiché	1	0
4	La FOSA dispose d'un plan de développement d'infrastructure nécessaire pour rendre opérationnel toutes les activités PMA/PCA	1	0
5	Procès verbal des réunions techniques du FOSA Fait mensuellement et disponible *Vérifier le PV techn. dernier mois*	1	0
6	Fiches de référence disponibles *(au moins 10)*	1	0
7	Disponibilité de radio ou portable pour la communication entre la FOSA et le FOSA de première référence *Radio ou portable fonctionnel avec piles et/ou unités*	1	0
8	Cuisine pour les patients hospitalisés est disponible et propre *Evacuation des déchets dans une poubelle*	1	0
9	Disponibilité d'une morgue *Une chambre ou petit bâtiment*	1	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**……. / 10**	**XXXXXXX**

	2. BUSINESS PLAN	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Business plan trimestriel de la FOSA disponible et accessible *Superviseur vérifie le Plan de BUSINESS en vigueur*	2	0
2	Business plan élaboré avec les acteurs clés • *Responsables de services de la FOSA, COSA (si fonctionnel)* • *Responsable(s) Disp. Privé / Poste Santé sous contracté (si applicable)*	2	0
3	Business plan contient une stratégie de couverture géographique convaincante *Stratégies sous contrats PS ou DP (villages à plus d'une heure à pied)* *Stratégies avancées (PEV, PF, CPN, distribution moustiq, latrines)*	2	0
4	Business plan analyse la présence de praticiens non formés (les « pirates ») et propose des stratégies pour les décourager *Responsable a traité ce sujet dans son PB et a proposé une stratégie*	1	0
5	Business plan analyse la présence de praticiens formés, qui opèrent SANS avis d'implantation du BPS *Responsable propose de les intégrer ou des les décourager si les conditions de qualité ne sont pas réunies*	1	0
6	Business plan montre une analyse de l'accessibilité financière et contient une stratégie raisonnable *Responsable a rempli cette question et le PB montre qu'il a négocié les tarifs avec COSA / relais communautaires*	2	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**……. / 10**	**XXXXXXX**

	3. PARTIE FINANCIERE, RECETTES, DEPENSES DE FONCTIONNEMENT, PRIME PERFORMANCE - INDICE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Documents financiers et comptables disponibles et bien tenus • *Rapport mensuel de **trésorerie** disponible et correctement rempli* • *Solde théorique du **livre de caisse** conforme à la liquidité en caisse*	2	0
2	Système mensuel établi dans lequel les **recettes, dépenses de fonctionnement & investissements** et l'**enveloppe variable pour la prime de performance** sont calculées correctement *(a) Responsable garantit les dépenses de fonctionnement :* *= prime de base fixe, achat ME & équipements, les sous-contrats, fonctionnement, relais communautaire, maintenance et réhabilitations* *(b) Responsable calcule l'enveloppe pour la prime de perf. selon la formule **Prime de perf. = recettes du mois – les dépenses de fonctionnement***	3	0
3	La prime de base + prime de performance n'est pas supérieure à 60% du TOTAL des recettes de la FOSA *Superviseur fait la somme des primes fixes, prime de performance et les salaires de l'état (si applicable) et les comparent avec les recettes*	2	0
4	Système établi du calcul mensuel des **primes de performance** (+ des primes de base) et connu par le personnel • *Prime de base établie* • *Critères pour le calcul de la prime de performance établie à partir de :* *(a) indice de base de performance + (b) ancienneté +* *(c) responsabilité + (d) heures supplémentaires / perdues + (e) évaluation trimes-trielle de performance)*	3	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**....... / 10**	**XXXXXXX**

	4. HYGIENE & STERILISATION	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	**Clôture** disponible et bien entretenue *Si haie vive => taillé ; Si en sticks ou en dur => sans passage*	2	0
2	Disponibilité de **poubelle** dans la cour *Poubelle avec couvercle accessible aux clients - non pleine*	1	0
3	Présence de **latrines** en nombre suffisant et en bon état • *PS / DP / CS au moins 2 ; CSR / CHR au moins 5 ; HGR 1 par 10 lits* • *Plancher sans fissures avec un seul trou et couvercle* • *Portes à fermer- superstructure avec toiture - sans mouches ni odeurs* • *Nettoyés récemment- sans matières fécales visibles*	2	0
4	Présence de **douches** en nombre suffisant et en bon état • *PS / DP / CS au moins 2 ; CSR / CHR au moins 5 ; HGR 1 par 10 lits* • *Douche avec eau courante, ou récipient avec au moins 20 litres* • *Evacuation de l'eau usée dans un puits perdu*	2	0
5	**Incinérateur et fosse à placenta en enclos** • *Incinérateur fonctionnel, utilisé et vidé* • *Fosse à placenta avec couvercle* • *Enclos sans passages bien construit avec porte sous clé*	5	0
6	**Fosse à déchet** de matériel non infecté disponible *Trou de minimum 3 mètres de profondeur avec enclos sans matériel infecté ni matériel non décomposable*	1	0
7	Propreté de la cour Déchets et ***produits dangereux*** dans la cour – aiguilles – ampoules – gants – compresses usagées	2	0
8	Entretien de la cour Herbes coupées – ***jardin*** bien entretenu – pas d'excréments (animaux)	1	0
9	Le personnel **stérilise** les instruments selon les normes *Stérilisateur en bon état. Protocole de stérilisation affiché*	3	0
10	Conditions d'hygiène assurées dans la **salle de soins** *Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle – boite de sécurité pour les aiguilles bien placée et utilisée*	1	0
	Points TOTAUX - 20 points maximum	**....... / 20**	**XXXXXXX**

	5. CONSULTATION EXTERNE / URGENCE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Bonnes conditions d'attente pour les Consultations Externes *Avec bancs et / ou chaises suffisants, protégés contre soleil et pluie*	1	0
2	Les tarifs du recouvrement de coût sont affichés *Tarifs visibles pour les malades avant la consultation*	1	0
3	Existence d'un système de triage avec des jetons numérotés	1	0
4	Salle de Consultation Externe en bon état *Murs en dur avec crépissage et peinture, pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état, fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnelles avec serrure*	2	0
5	Salle de CE et espace d'attente séparés assurant la confidentialité *Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage*	1	0
6	Salle de la CE et / ou Urgence éclairée pendant la nuit *Electricité ou lumière solaire*	1	0
7	Toutes les CE sont faites par un infirmier qualifié *Identification des infirmiers consultants à partir d'écritures dans le registre*	2	0
8	Infirmier de CE en tenue conforme *Blouse propre - boutonné avec identification, en chaussure (pas de culottes)*	1	0
9	La numérotation mensuelle correcte dans le registre de CE *Numérotation correcte et clôturée à la fin du mois*	1	0
10	Disponibilité de services 7 / 7 *Superviseur vérifie entrées dans registre les 3 derniers dimanches*	1	0
11	Protocole affiché sur le mur pour la prise en charge du paludisme *Protocole nationale avec palu simple et grave avec leur traitement*	1	0
12	La prise en charge correcte du paludisme simple *Voyez le registre: les 5 derniers cas (AS/AQ)*	1	0
13	La prise en charge correcte du paludisme grave *Voyez le registre 2: derniers cas (quinine injectable en perfusion)*	1	0
14	La prise en charge correcte des IRA *Ordinogramme OMS disponible et appliqué*	1	0
15	La prise en charge correcte de la diarrhée *Ordinogramme OMS disponible et appliqué*	1	0
16	La proportion de malades traités avec des antibiotiques < 50% *Voyez le registre: les 30 derniers cas en analysant le diagnostic et calculez le taux – pas plus de 14*	2	0
17	Connaissance de signes précoces de la tuberculose qui mérite une référence à un centre de dépistage de TB *Réponse doit contenir au moins 4 signes: Amaigrissement, Asthénie, Anorexie – Température, Toux de 15 jours, Transpiration*	1	0
18	Disponibilité de stéthoscope / tensiomètre fonctionnel *Prend la tension artérielle de quelqu'un pour la vérification*	1	0
19	Disponibilité de thermomètre fonctionnel *Fait l'inspection du thermomètre*	1	0
20	Disponibilité d'otoscope fonctionnel *Fait l'inspection : piles chargées et disponibles avec lumière forte*	1	0
21	Lit d'examen métallique disponible avec matelas	1	0
22	Disponibilité de balance fonctionnelle *Fait l'inspection en comparaison avec le poids connu du superviseur, après pesage aiguille balance revient à zéro*	1	0
	Points TOTAUX - 25 points maximum	**....... / 25**	**XXXXXXX**

	6. PLANNING FAMILIAL	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Présence d'au moins **une infirmière** A3 formée dans la PF	2	0
2	Local disponible et garantissant la **confidentialité** *Salle avec porte fermée – rideaux sur la fenêtre – pas de passage*	2	0
3	**Affiche** murale ou boite à images avec les méthodes de PF disponibles pour la démonstration	2	0
4	Personnel **calcule correctement** le nombre de femmes attendues mensuellement pour les contraceptifs **oraux** et **injectables** *Par exemple pour 10.000 hab = 10.000 x 21% x 20% / 12 x 4 = 147*	1	0
5	FOSA atteint au moins **50%** de la cible mensuelle en contraceptifs oraux et injectables *Exemple 10.000 hab = 147 x 50% = 73*	3	0
6	Business plan contient une stratégie de couverture du Planning familial convaincante • *Intégration du personnel de la FOSA dans les stratégies* • *Collaboration avec secteur privé et relais communautaire* • *Stratégies avancées, plaidoyer auprès leaders locaux*	3	0
7	Stock de sécurité des contributions de contraceptifs oraux et injectables disponibles *147 doses DEPO et pilule 3 plaquettes / 4 = 36 doses*	2	0
8	Méthodes **DIU** disponibles et personnel capable de les placer • *Au moins 5 DIU*	2	0
9	Méthodes **Norplan** disponibles et personnel capable de les fixer • *Au moins 5*	2	0
10	Stratégie disponible pour référer à l'hôpital les couples pour la **ligature et/ou la vasectomie** • *Bon système de référence élaboré – stratégie de réduction des prix* • *Stratégies avancées de l'hôpital dans les CS*	2	0
11	Registre du PF disponible et bien rempli	2	0
12	Fiche du PF disponible et bien remplie (5 fiches) *(tension art, hépatomégalie, varices, poids)*	2	0
	Points TOTAUX - 25 points maximum	**……. / 25**	**XXXXXXX**

	7. LABORATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Laborantin ou Infirmier (polyvalent) de niveau A3 au moins disponible	1	0
2	Le laboratoire est fonctionnel **tous les jours** de la semaine *Superviseur vérifie les 2 derniers dimanches dans le registre du LABO*	1	0
3	**Résultats enregistrés** correctement dans le registre et **conformes** aux résultats dans le carnet du malade ou bon d'examen *Superviseur vérifie les 5 derniers résultats*	1	0
4	Liste des examens possibles **affichée** dans le labo	1	0
5	Disponibilité des **démonstrations** des parasites • *Sur papier plastifié, dans un livre en couleur, ou affichées* • *Goutte Epaisse : Vivax, Ovale, Falciparum, Malariae* • *Selles : Ascaris, entamoebae, ankylostome, schistosome*	1	0
6	Disponibilité d'un **microscope** fonctionnel • *objectifs fonctionnels - huile à immersion – miroir ou électricité – lames – lamelles – GIEMSA disponible*	2	0
7	Disponibilité d'une **centrifugeuse** fonctionnelle	1	0
8	Evacuation **des déchets** • *Déchets organiques dans une poubelle avec couvercle* • *Boîte de sécurité disponible et détruite dans l'incinérateur*	1	0
9	Personnel plonge les **lames et pipettes souillées** dans un récipient contenant un désinfectant	1	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**……. / 10**	**XXXXXXX**

	8. SALLE D'HEBERGEMENT	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Programme de garde affiché et respecté *Superviseur vérifie le rapport de garde – noms et signatures*	1	0
2	Equipements disponibles et en bon état *Lits, matelas, moustiquaires, draps, tables de nuit*	3	0
3	Bonnes conditions d'hygiène • *Nettoyage régulier, accès à l'eau potable, lits bien espacés* • *Bonne aération sans mauvaises odeurs*	2	0
4	Salle d'hébergement **éclairée pendant la nuit** *Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable*	1	0
5	Confidentialité assurée *Femmes – hommes séparés - sans être vu par l'extérieur*	1	0
6	Registre d'hospitalisation disponible et bien rempli *Identité complète, journées d'hospitalisation*	1	0
7	Fiches d'hospitalisation disponibles et bien remplies • *Au moins 10 vierges – Superviseur vérifie 5 fiches remplies* • *Température TA, examens de labo bien rempli* • *Suivi de traitement coché*	1	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**....... / 10**	**XXXXXXX**

	9. GESTION DES MEDICAMENTS	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Personnel tient les fiches de stock en montrant stock de sécurité *= Consommation moyenne mensuelle (CMM) / 2* *Stock dans les fiches correspond avec le stock physique* *› Superviseur fait un échantillon de trois médicaments*	1	0
2	Personnel a accès à trois Centres de Distribution de Médicaments, Equipements et Consommables et ne sont pas soumis au monopole d'un CDM	3	0
3	Les médicaments sont gardés correctement *Local propre, bien aéré avec armoires, étagères étiquetées, et rangement par ordre alphabétique*	2	0
4	La pharmacie dépôt livre les médicaments selon la réquisition à la pharmacie détail (petit stock) ou services de soins • *Superviseur vérifie si la quantité réquisitionnée est conforme à la quantité servie*	1	0
6	Absence médicaments périmés où avec des étiquettes falsifiées • *Superviseur vérifie au hasard 3 médicaments et 2 consommables* • *Produits périmés bien séparés du stock* • *Système de destruction des médicaments fonctionnel*	1	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**....... / 10**	**XXXXXXX**

	10. MEDICAMENTS TRACEURS *Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2*	Di-sponible OUI > CMM / 2	Disponible NON > CMM / 2
1	Amoxicilline caps 250 mg	1	0
2	Ampicilline comp 500 mg	1	0
3	Artesinate comp 50 mg – amodiaquine 200 mg	1	0
4	Cotrimoxazole comp 480 mg	1	0
5	Diazepam 10 mg / 2ml - injectable	1	0
6	Fer – acide folique 200 mg + 25 mg	1	0
7	Mebendazole comp 100 mg	1	0
8	Methergine amp 10 Unités	1	0
9	Metronidazole comp 250 mg	1	0
10	1Paracetamol comp 500 mg	1	0
11	Quinine comp 500 mg	1	0
12	SRO / oral sachet	1	0
13	Gants stériles	1	0
14	Compresses	1	0
15	Solutés glucose 5%	1	0
	Points TOTAUX - 15 points maximum	**……. / 15**	**XXXXXXX**

	11. MATERNITÉ	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	**L'eau suffisante avec savon** dans la salle d'accouchement *Un point d'eau fonctionnel ou au moins 20 litres*	1	0
2	Salle d'accouchement **éclairée pendant la nuit** *Electricité, lumière solaire ou lampe à batterie rechargeable*	1	0
3	**Déchets** collectés correctement dans la salle d'accouchement • *poubelle + boite de sécurité pour les aiguilles*	1	0
4	Salle d'Accouchement **en bon état** • *Murs en dur avec crépissage et peinture* • *Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état* • *Fenêtres en vitres avec rideaux, et portes fonctionnelles*	1	0
5	Disponibilité du **partogramme** *Au moins 10 fiches*	1	0
6	**Prise de la tension artérielle** pendant le travail d'accouchement *Rempli dans le partogramme régulièrement pendant le travail – au moins une fois par heure – superviseur vérifie 3 partogrammes*	1	0
7	Prise systématique de **l'APGAR** lors de l'accouchement *Rempli dans le partogramme 1 ière, 5 ème et 10 ème minute* *Superviseur vérifie 3 partogrammes*	1	0
8	Tous les accouchements effectués par **un personnel qualifié** *Identification des sages-femmes à partir des noms dans le registre*	2	0
9	Disponibilité d'une **toise** *(pour mesurer la taille)*, d'un **stéthoscope obstétrical** et d'une **poire** *(plongé dans un désinfectant non irritant)* ou aspirateur manuel / électrique fonctionnel	1	0
10	Disponibilité d'une **ventouse** fonctionnelle *Infirmière formée et la ventouse est utilisée*	2	
11	Disponibilité des **gants stériles** *(au moins 10 paires)*	1	

12	Disponibilité d'au moins **2 boites obstétricales stérilisées,** *Avec au moins 1 paire de ciseaux, 2 pinces*	2	0
13	Disponibilité d'une **boite d'épisiotomie** *Fil catgut et fil non résorbable, désinfectant, anesthésie locale, compresse stérile.* ***Une boite stérilisée*** *avec porte aguille, aiguille, 1 pince anatomique et 1 pince chirurgicale*	1	0
14	**Table d'accouchement** en bon état *Table avec matelas démontable avec* ***deux*** *jambiers fonctionnels*	2	0
15	Disponibilité d'un **pèse bébé** fonctionnel *Superviseur vérifie le pèse bébé avec un objet*	1	0
16	**Matériel** disponible pour les soins aux **nouveaux nés** *Fil de ligature du cordon stérile, bande ombilicale stérile, pommade tétracycline 1% (appliqué à chaque nouveau né)*	1	0
17	**Seau ou bassin à linge souillé** disponible	1	0
18	Disponibilité de **moustiquaires** dans la salle d'hébergement	2	0
19	**Lits** avec matelas et literie en bon état dans salle d'hébergement *Matelas couverts de toile cirées avec couverture et draps*	1	0
20	**Salle de travail** adéquate *CS : au moins 2 lits avec matelas ; CHR ou HGR au moins 4*	1	0
	Points TOTAUX - 25 points maximum	**……. / 25**	**XXXXXXX**

	12. BLOC OPERATOIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Salle d'operation en bon état • *Murs en dur avec crépissage et peinture à huile* • *Pavement en ciment sans fissures, plafond en bon état* • *Fenêtres translucides, et portes fonctionnelles*	2	0
2	Table d'opération en bon état • *Facilement maniable avec mousse garnie de toile cirée* • *Menottes fonctionnelles des membres*	1	0
3	Illumination en bon état • *Lampe scialytique avec ampoules fonctionnelles* • *Lumière de réserve assurée (groupe électrogène, énergie solaire, lampe avec batterie rechargeable)*	2	0
4	Equipement de base disponible • *Anesthésie générale et rachi anesthésie - Respirateur* • *Aspirateur – bistouri électrique et cautérisation*	2	0
5	KITs d'intervention stérilisés prêts à l'emploi pour les urgences (césarien – hernie étranglé) • *Superviseur vérifie la présence d'au moins 2 kits*	2	0
6	Disponibilité d'une salle de vestiaire et un espace de lavage et brossage adéquat • *Dispositif de désinfection approprié à pédale ou à coude* • *Disponibilité de l'eau courante, de brosses avec savon*	2	0
7	Disponibilité de tenues adéquates • *Blouse chirurgicales, masques, bonnets, sandales*	1	0
8	Registre de protocole opératoire bien rempli et à jour	1	0
9	Conditions d'hygiène assurées dans la salle d'opération • *Poubelles pour matériaux infectés avec couvercle* • *Boite de sécurité pour les aiguilles bien placée et utilisée*	2	0
	Points TOTAUX - 15 points maximum	**……. / 15**	**XXXXXXX**

	13. TUBERCULOSE – centre de dépistage	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Conditions réunies pour le DOTS • *Infirmier formé en DOTS, laborantin formé en dépistage,* • *Fiches de prise en charge, registre & manuel technique disponibles*	2	0
2	Disponibilité d'un porte-lame	1	0
3	Disponibilité d'un crayon diamant	1	0
	Stock de Sécurité = Consommation Moyenne Mensuelle (CMM) / 2	**Disponible OUI > CMM / 2**	**Disponible NON > CMM / 2**
4	Rifampicine-isoniazide-pyrazinamide : cp120+50+300mg	1	0
5	Streptomycine 1 gr	1	0
6	Etambutol comp 400 mg	1	0
7	Crachoirs	1	0
8	Lames et réactifs disponibles	2	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**....... / 10**	**XXXXXXX**

	14. VACCINATION + CONSULTATION PRE-SCOLAIRE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Personnel calcule correctement la **cible pour les ECV** (enfants complètement vaccinés) *Cible = Population x 4% / 12 x 100% (selon Enquête Mén Burundi)*	1	0
2	**Chaîne du froid** - ccontrôle régulier de la chaîne du froid et thermomètre présent dans le compartiment du réfrigérateur • *Présence d'un frigo – disponibilité cahiers ou fiches de températures remplis 2 fois par jour – y compris le jour de la visite* • *Température **reste** entre 2 et 8 degré Celsius sur la fiche* • *Superviseur vérifie la fonctionnalité du thermomètre* • *Température **est** entre 2 et 8 degré Celsius sur le thermomètre*	1	0
3	**Pas de rupture** de DTC+HepB, BCG, VAR+VAA, VPO, VAT • *Présence des fiches de stock à jour* • *Superviseur vérifie le stock physique dans le frigo*	1	0
4	Les **vaccins** sont **correctement disposés dans le frigo** • *Compartiment congelé : VPO – VAR* • *Compartiment NON congelé : BCG - DTC+HepB, VAT, diluants* • *Absence de vaccins périmés ou pastille de contrôle de vaccins virés* • *Etiquettes sur les flacons de vaccin lisibles*	1	0
5	ETAT CHAINE de FROID *Frigo à pétrole : stock d'au moins **14 L**; Frigo solaire : **batterie** en bon état*	1	0
6	Les **accumulateurs** de froid sont bien congelés	1	0
7	Existence de **seringues** • *autobloquantes – au moins 30* • *pour dilution – au moins 3*	1	0
8	Les **déchets** sont collectés dans des poubelles appropriées *Disponibilité de boite sécurité (réceptacle)*	2	0
9	**Stock de carnets** ou cartes de croissance PEV & CPS *Pour la maman - au moins 10*	1	0
10	**Registre de PEV** bien rempli – ou système de fiches disponible *Système capable d'identifier les abandons et les ECV (Enf Comp Vac)*	2	
11	Bonnes **conditions d'attente** pour la CPS *Avec bancs et / ou chaises en suffisance, protégés contre soleil et pluie*	1	
12	Remise de **jetons numérotés** selon l'ordre d'arrivée		
13	Disponibilité d'une balance Salter (pèse bébé) en bon état ***Balance** bien tarée à zéro + **Culotte** présente et non déchirée*		
	Points TOTAUX - 15 points maximum	**....... / 15**	**XXXXXXX**

	15. CONSULTATION PRE-NATALE	Protocole respecté	Protocole NON respecté
1	Business plan contient une stratégie convaincante pour atteindre toutes les femmes enceintes *Stratégie fixe – stratégie avancée pour les villages éloignés*	1	0
2	Pèse personne bien tarée à zéro *(pèse propre pour la CPN)*	1	0
3	Fiche CPN *(pour la FOSA)* disponible et bien remplie *Superviseur vérifie 5 dernières fiches* *Examens : Poids – TA - Taille – Parité – Date Dernières Règles (DDR)* *Labo : Albuminurie – Glucose – Hgl* *Examen obstétrical fait : BCF (Bruit Cœur Fœtal), HU (Hauteur Utr), Présentation, mouvement fœtal.*	3	0
4	Fiche CPN *(pour la FOSA)* montre l'administration de Fer Folate, et Mebendazole	2	0
5	Carnet de la CPN *(pour la maman)* disponible – au moins 10	1	0
6	Registre de la CPN disponible et bien rempli *Identité complète, histoire vaccinale, date de visite, rubrique Grossesse à Haut Risque (GHR) bien rempli incluant problématique et action prise*	2	0
	Points TOTAUX - 10 points maximum	**……. / 10**	**XXXXXXX**

VERIFIER QU'IL Y AIT UNE REPONSE A TOUTES LES QUESTIONS
Superviseur remercie le personnel

Problèmes prioritaires identifiés

………

………

………

………

………

………

………

………

………

Actions urgentes d'amélioration proposées

………

………

………

………

………

………

………

………

………

8. NEGOCIATION ET RESOLUTION DE CONFLITS EN PBF

Freddy BATUNDI

La plupart des politiques nationales de santé visent à proposer des services de santé de bonne qualité à la fois accessibles et équitables. Toutefois, les stratégies et les instruments pour atteindre cet objectif peuvent grandement varier. Les systèmes de santé traditionnels proposent souvent des solutions centralisées de commande et de contrôle, des approches monopolistes. Ces systèmes sont peu sensibles au libre choix des patients pour la structure de santé, les relations hiérarchiques sont nombreuses et la collaboration public-privé est rarement encouragée.

L'approche PBF est différente : elle s'appuie sur l'économie de marché pour promouvoir la gestion autonome et décentralisée des formations sanitaires. Elle stimule l'esprit d'entrepreneuriat, la responsabilisation des patients, les pratiques de bonne gouvernance et la recherche active de partenariats avec le secteur privé. Lors du changement du système de santé traditionnel vers le PBF les modifications peuvent être importantes et exiger des réformes fondamentales. L'apparition de conflits entre les parties et la naissance d'une certaine appréhension sont alors inévitables. Ce chapitre vise à aider les lecteurs à gérer les conflits et à obtenir les meilleurs résultats possibles.

8.1 Objectifs

- Comprendre les causes d'un conflit et être en mesure d'appliquer des techniques de résolution du conflit
- Identifier les techniques de négociation et être en mesure de les appliquer
- Etre capable de mener des négociations dans l'intérêt public et de défendre au mieux l'intérêt public en général et les performances du système en particulier

8.2 Définitions et genre de conflits

Le **conflit** est une lutte au sujet de valeurs et la revendication du pouvoir et des ressources limitées. Une autre définition réfère à toute situation dans laquelle deux ou plusieurs entités affichent des objectifs incompatibles.

Les conflits peuvent être **mécaniques** : ils concernent la répartition des moyens comme l'argent, l'espace, l'équipement. Les conflits peuvent aussi être sociaux émotionnels : l'identité ou les valeurs de l'une des parties est en cause. Les conflits d'intérêts concernent les différences d'intérêts, de point de vue, d'aspiration.
Les conflits peuvent se développer à différents niveaux : (a) Conflits **intra personnels** : les conflits sont internes à la personne ; (b) Conflits **inter personnels** : les conflits existent entre deux individus ; (c) Conflits **intragroupes** : ce sont des conflits qui surgissent à l'intérieur d'un groupe et ; (d) Conflits **intergroupes** : ce sont des conflits qui surgissent entre des groupes sociaux ou des groupes ethniques plus larges.

8.3 Sources de conflits

Pour mieux gérer les conflits, il faut comprendre la cause des désaccords entre les individus ou les groupes. Les sources de conflits se classent en niveaux :

- **Manque de partage d'information.** Le manque de partage d'information entre deux individus ou groupes renforce la différence de perception. Le fait que deux personnes ne perçoivent pas de la même façon les choses conduit souvent à l'incompréhension et au conflit. Parfois les gens pensent avoir compris ce que l'autre dit. Le plus souvent, lorsqu'on eencourage les belligérants à pratiquer **l'écoute active** des idées des uns et des autres, les parties se rendent compte qu'ils n'étaient pas vraiment en conflit mais qu'ils ne se comprenaient pas
- **La différence de valeurs et d'expériences.** Les parties en conflit peuvent avoir une même compréhension d'une situation ou d'un fait. Cependant, ils peuvent avoir une différence de valeurs ou d'expériences qui les obligent à avoir des positions différentes. Les valeurs sont souvent les racines des positions que les parties adoptent par rapport aux autres. On veut poursuivre les buts et objectifs divergents avec les mêmes ressources limitées et cela conduit à la compétition qui se traduit en conflit
- **Les facteurs externes.** Ce genre de conflit est souvent basé sur la personnalité, l'histoire, l'ethnicité, la nationalité qui n'ont rien à voir avec les faits apparents. Ce genre de conflit demande une intervention plus profonde et ne peut pas être résolu en une session. Le plus souvent, les désaccords sont irrationnels et dans la plupart des cas les belligérants ne donnent pas la logique derrière leur position. Dans ce genre de conflits, une ou plusieurs parties impliquées ne montrent pas d'intérêt à résoudre le désaccord. Il y a des chocs de personnalité. Pour aider ce genre de conflit il faut rencontrer les différentes parties séparément

8.4 Le changement comme source de conflit

Le développement est inhérent au changement. Le développement est la mutation d'une situation vers une autre perçue comme meilleure. Cependant le changement n'est pas toujours le bienvenu. Ceci est d'autant plus délicat lorsque le changement révolutionne le système, orientant la société vers une direction différente.

Pourquoi y a-t-il résistance au changement ?

1. La perte de contrôle
L'accueil que les gens réservent au changement est différent selon qu'ils ont l'impression de le contrôler ou non. La plupart des gens désirent et ont besoin de sentir qu'ils contrôlent les événements autour d'eux. Ainsi, un changement est excitant quand il est fait par nous, il est perçu comme une menace quand il est fait pour (contre) nous. Cette vérité exige le partenariat / la participation des acteurs dans toutes les activités de PBF pour garantir l'acceptation du changement.
Plus on laisse de choix aux gens, mieux ils sont disposés à l'égard du changement proposé. Si toutes les actions leurs sont imposées de l'extérieur, ils y opposeront plus de résistance.
Quand les gens sentent qu'ils perdent le contrôle, ils ont des comportements imprévisibles. Par contre, quand on leur donne une chance de participer, ils se sentent davantage concernés par le changement.

2. L'incertitude
Le changement met les gens mal à l'aise car dans beaucoup de cas ils n'ont pas assez d'information sur le processus de changement proposé. Accepter un changement sans information suffisante provoque l'incertitude : on ne peut entreprendre un changement sans être sûr que cette nouvelle voie sera la bonne. Si les leaders ne sont pas convaincus, la population ne bouge pas. Pour aider la population à sortir de l'incertitude, les leaders doivent montrer l'exemple en s'engageant dans le changement. Dans le cas du PBF, les décideurs doivent s'impliquer pour rassurer les autres.

3. L'effet « surprise »
Les gens résistent à tout changement imprévu. La réaction logique à quelque chose de totalement nouveau et inattendu et pour laquelle ils n'ont pas eu le temps de se préparer mentalement, est de dire « NON ». Informer les gens ne suffit pas, il faut aussi prendre le temps de diffuser l'information.

4. Perdre la face
Le changement attire une grande résistance quand il impose aux gens de reconnaître les erreurs du passé. Personne n'aime perdre la face. Pour assurer la participation au changement, il faut que les actions passées soient considérées comme étant la bonne façon d'agir à l'époque, mais que les temps ont changé. Ainsi, l'honneur est sauf et les gens apparaissent à la fois forts et flexibles.

5. Soucis au sujet des compétences futures
Parfois les gens résistent au changement parce qu'ils se demandent s'ils seront encore capables et efficaces après le changement. Pour faire participer les gens au changement, il faut faire en sorte que les personnes se sentent compétentes, qu'elles sachent qu'il leur est possible de suivre une formation pour rester maître de la situation. Les gens ont besoin de pouvoir mettre en pratique les nouvelles compétences sans avoir l'impression d'être jugés comme idiots par leurs collègues.

6. Effet « brainstorming »
Les gens peuvent aussi résister au changement parce qu'ils se sentent touchés dans leurs propres activités. Un changement bouleverse parfois d'autres plans, projets ou activités personnels, qui n'ont rien à voir avec le travail. Pour éviter ces bouleversements, on refuse le changement. Un bon gestionnaire du changement sera sensible à ces effets et fera preuve de flexibilité comme par exemple attendre, avant de muter une personne, que ses enfants aient terminés leur année scolaire. Cette sensibilité à ce genre de choses aide les gens à sauter le pas : se sentant concernés, ils ne s'opposeront plus au changement.

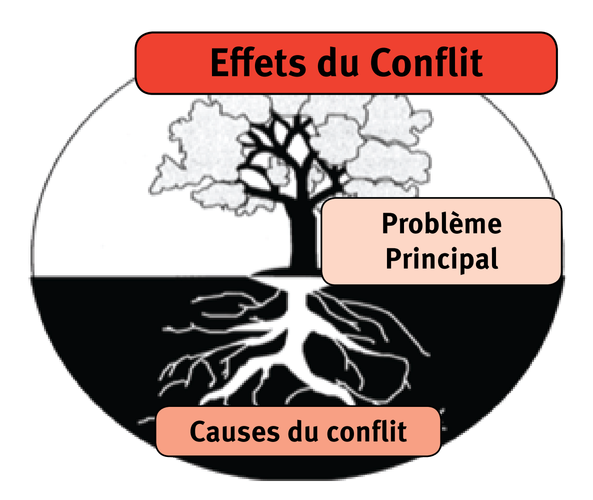
7. Plus de travail
Une autre raison de résistance au changement est que le changement entraîne plus de travail. Le changement demande plus de temps et une plus grande implication mentale. Dans le cas du PBF, les prestataires auront du travail « supplémentaire » pour veiller à atteindre le niveau de performance souhaité. Les gens peuvent résister au changement parce qu'ils sont habitués à la loi du moindre effort.

8. Parfois la menace est réelle
La dernière raison de résistance au changement semble être la plus raisonnable de toutes : la menace posée par le changement est réelle. Dans le changement il y a parfois des gagnants et des perdants. Des gens y perdent parfois leur travail ou une position de puissance. Par exemple, l'abandon des monopoles de médicaments essentiels et des puissances monopolistiques de certains intervenants a entrainé la résistance farouche et une incompréhension de ceux qui ont perdu leurs pouvoirs. Que ce soit socialement juste ou non, le fait est que des individus ou des groupes peuvent perdre (une partie de) leur pouvoir, et cela doit être pris en considération au cours du processus de changement ; il y a des gagnants et des perdants.

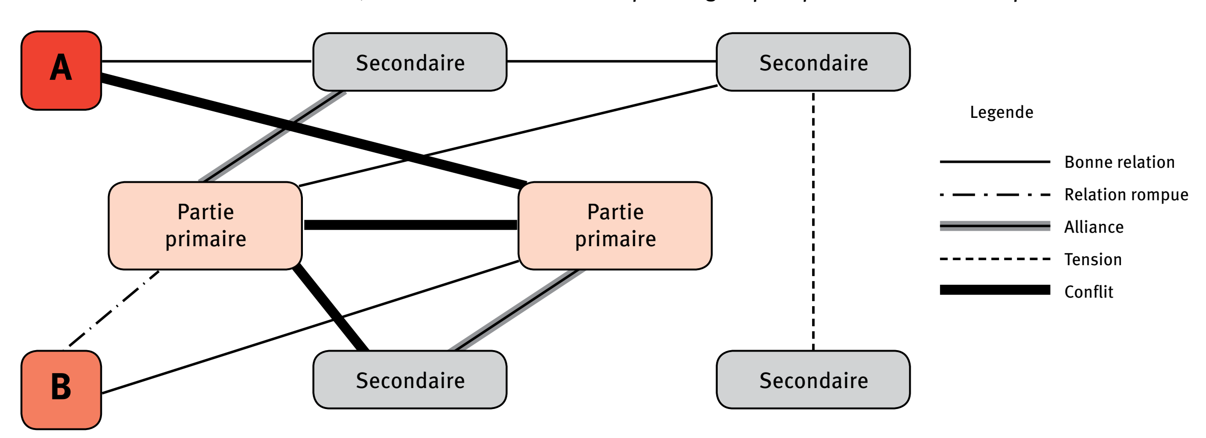
Pour gérer cela, il ne faut pas donner de faux-fuyants ni faire de fausses promesses. Si des personnes doivent y perdre, mieux vaut qu'elles l'apprennent assez tôt afin qu'elles cessent de s'inquiéter ou qu'elles empêchent les autres de travailler en manifestant leur inquiétude ou leur opposition. Par exemple, si une personne doit être renvoyée ou mutée, il est plus humain de le faire rapidement.

8.5 Analyse de conflit

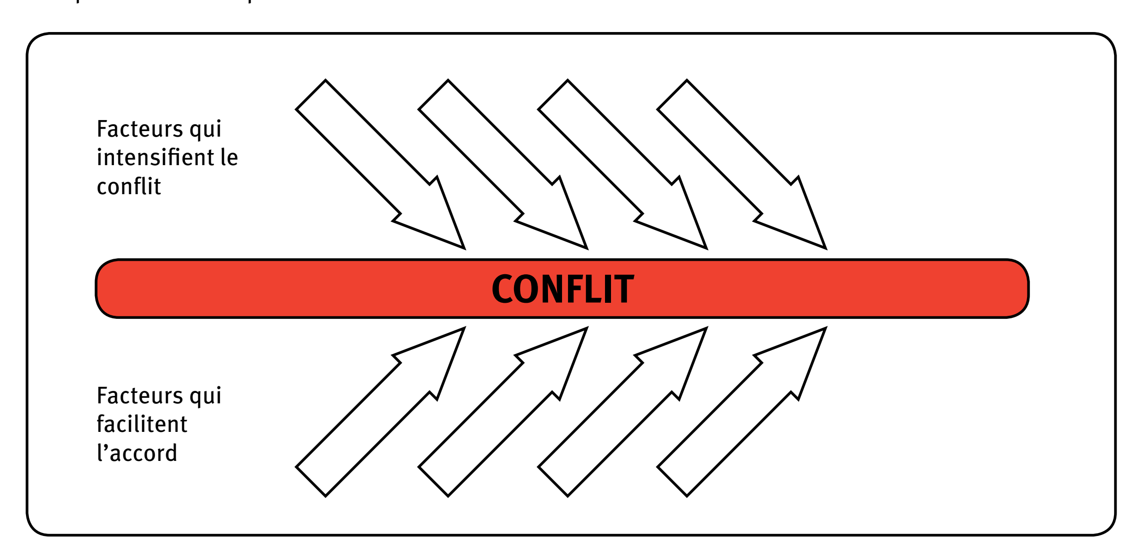
La plupart du temps, un conflit fait partie d'un réseau de conflits. Il est donc important de bien analyser la situation. Il faut répondre aux questions ci-après (a) : **Le « quoi » du conflit**
Parfois on perçoit seulement les effets sans voir les causes du conflit.



(b) Le **« qui »** du conflit : cette question nous permet d'identifier les personnes impliquées dans le conflit et la façon dont elles collaborent entre elles, le centre du conflit ainsi que les groupes qui ont des relations positives.



(c) Le **« comment »** du conflit : cette question nous permet d'identifier les éléments qui intensifient le conflit et les éléments qui transforment positivement le conflit.



Ainsi l'analyse intelligente d'un conflit permet : 1) d'acquérir toute l'information nécessaire sur la situation afin de déterminer comment nous pouvons intervenir ; 2) de déterminer les parties prenantes (primaires et secondaires) dans le conflit ; 3) de déterminer la motivation d'origine du conflit ; 4) de déterminer comment le conflit se développe.

8.6 Comment gérer les conflits

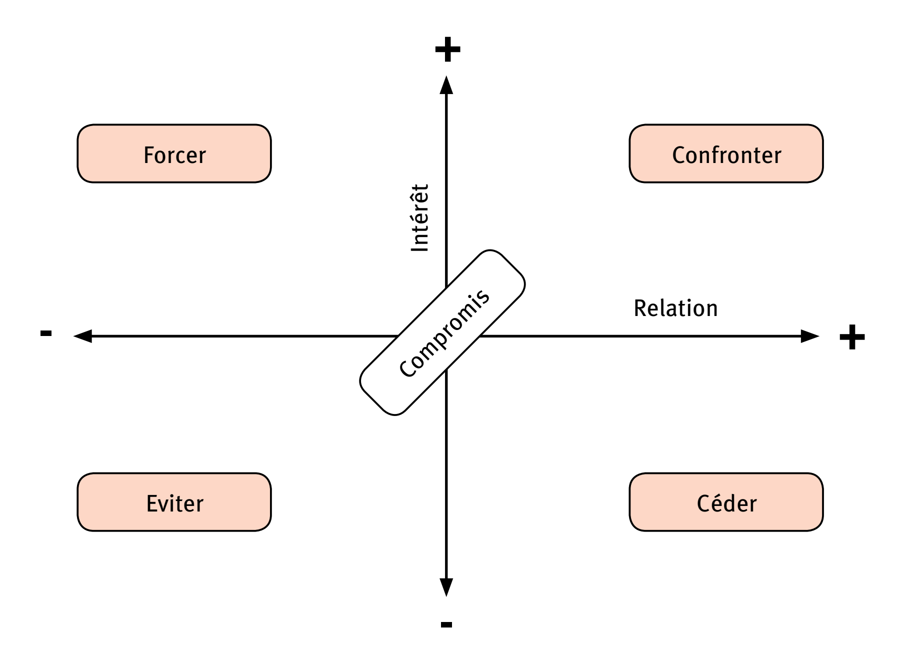
Nous avons observé que le conflit est inhérent aux relations humaines et qu'il est utopique de croire qu'il est possible d'éliminer le conflit dans toutes les interactions. Cependant, si le conflit n'est pas bien géré, il peut avoir des conséquences néfastes sur les relations entre individus ou groupes. Les individus réagissent différemment aux conflits. Cela dépend aussi de l'importance du conflit ainsi que du type de relation entre les individus ou les groupes.

On peut identifier des styles de gestion de conflit suivants :

- **Forcer :** un individu ou un groupe dans une position d'autorité décide d'imposer aux autres sa position par des techniques coercitives comme une campagne d'accusation ou de dénigrement. Cette méthode débouche toujours sur une situation « gagnant/perdant ». Cette manière de gérer le conflit peut être utile dans les situations d'urgence où les intérêts publics doivent être préservés. C'est ainsi que fonctionne la police, « lorsque vous enfreignez la loi, vous êtes puni ». Il y a peu ou aucune relation personnelle entre les entités impliquées tandis qu'une entité unique a le pouvoir de faire respecter les règles ou la loi
- **Confronter et collaborer pour trouver une solution :** l'individu ou le groupe fait face au problème et négocie une solution qui est satisfaisante pour tous. Un résultat « gagnant - gagnant ». C'est généralement le cas lorsque les deux entités ont un intérêt pour trouver une solution commune par exemple parce qu'ils travaillent pour la même organisation, ou parce qu'ils ont une relation personnelle directe. Il y a donc un climat favorable sans comportement hiérarchique qui influence le processus. Les personnes ou les groupes sont prêts à exprimer leurs besoins, les demandes et les sentiments à la partie adverse. Ils sont ouverts aux nouvelles idées et possibilités parce qu'ils sont motivés à trouver une solution
- **Eviter :** les acteurs essayent d'éviter le conflit, par exemple parce qu'ils considèrent la question en jeu comme peu importante. C'est le résultat probable d'un conflit quand il n'y n'a aucune relation directe entre les adversaires. Ils ignorent simplement le problème et agissent comme si le conflit n'a jamais existé. Le problème est toléré et on évite de communiquer au sujet du problème avec l'adversaire. Il n'existe aucune solution réelle, mais il n'y a aussi aucun conflit direct
- **Céder :** le groupe ou l'individu est conscient du problème, décide de minimiser son importance et de céder. Ainsi les bonnes relations sont sauvées. Céder, toutefois, implique également que les faits importants peuvent être oubliés sans être traités. Ceci peut à l'avenir entraîner de nouveaux conflits puisque les causes sous-jacentes existent toujours

Enfin, parmi les styles de gestion de conflit et mis à part le fait de forcer, confronter, collaborer, éviter ou céder, les individus et groupes peuvent essayer de **négocier un compromis**. Chaque acteur dans le conflit abandonne une partie de ses points de vue initiaux et est disposé à formuler une troisième possibilité qui comprend des éléments de ce que chacun voulait initialement. Compromis implique sacrifice : quelque chose est abandonné pour obtenir quelque chose d'autre.

Le schéma suivant illustre ces différentes manières de gérer le conflit par rapport aux intérêts et au type de relation :



8.7 La négociation

La négociation suppose des concessions entre les parties. Elle n'est au fond qu'un moyen d'obtenir des autres ce que l'on désire. C'est une forme de communication (bilatérale) destinée à produire un accord entre des gens qui possèdent à la fois des intérêts communs et des intérêts opposés.
La négociation est **l'acte volontaire** qui entame des discussions en vue de la recherche d'un accord. Les parties s'engagent ainsi dans un processus dynamique et elles deviennent de plus en plus interdépendantes au fur et à mesure de l'avancée des négociations. La négociation vise à obtenir le « meilleur accord possible », ce qui permet de valoriser au mieux les enjeux communs des parties.

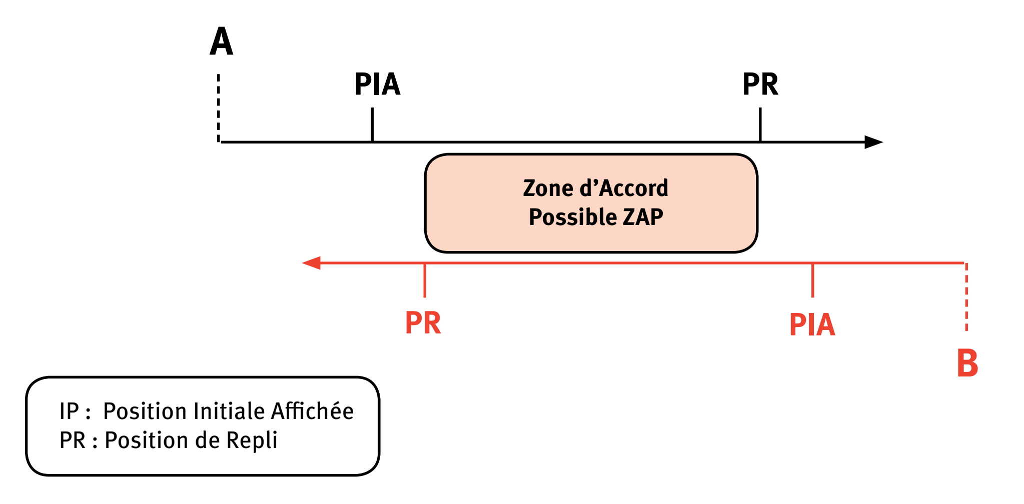
Les négociations peuvent être basées sur la formule compétitive **gagnant - perdant** (en anglais « win - lose ») car tout ce que gagne une partie est perdu par l'autre. L'objectif de chacune des parties est l'appropriation de la plus grande part de la valeur en jeu.

La négociation à **dominante coopérative** est du type « intégratif » : l'accent est mis sur les enjeux complémentaires des deux parties qui s'imbriquent au fil de la négociation. Il s'agit d'une négociation à gains mutuels, **gagnant - gagnant**, (en anglais « win/win »). La négociation doit déboucher sur le « meilleur accord possible » qu'il est légitime d'espérer dans des circonstances données. Cela ne veut pas dire que l'accord sera idéal ou parfaitement équitable mais que les enjeux fondamentaux des deux parties seront globalement pris en compte.

8.7.1. Préparation de la négociation :

En préparant des négociations, il faut savoir : (1) Qui est l'autre partie et qui sont les négociateurs ? De quelle autorité et de quel pouvoir décisionnel jouissent-ils ? Quel degré de motivation ont-ils pour rechercher un accord et quels sont leurs points de vue initiaux affichés ? ; (2) Quels sont vos propres objectifs de négociation et définissez quelles sont vos propres positions de négociation initiale. Quel espace laissez-vous à vos points de vue et quels sont vos points de non-repli où vous arrêtez la négociation ?

Dans le schéma suivant sont affichées les positions de négociation des entités A et B avec leur position initiale affichée. La position de repli se situe là où l'entité arrête la négociation. Au centre se trouve la zone d'accord possible (ZAP).



8.7.2. Déroulement des négociations

Dans la négociation on peut identifier trois phases : (1) la phase de conception ; (2) les réelles négociations avec la consultation, la confrontation et la construction du compromis et ; (3) la phase de réalisation d'une conclusion et la validation de l'accord.

Les négociations réelles commencent par une **phase de consultation** et de confirmation avec l'adversaire, d'une part des problèmes et d'autre part de la position initiale et de la position de non repli de chacun. L'étape suivante est la confrontation pendant laquelle les souhaits, les besoins ou les demandes sont présentés à l'adversaire et pendant laquelle les adversaires doivent s'écouter attentivement. L'étape suivante est la construction du compromis. Au cours de cette phase on vise à établir un nouveau cadre pour la nouvelle relation, y compris la description des accords et les intérêts du partenariat. La dernière phase est la conclusion et la validation des accords.

Confirmation du désir de négocier				Jugement final de la négociation
Phase 1	Phase 2			Phase 3
Contact	Consultation	Confrontation	Construction	Conclusion
Mise en place	Négociation			Conclusion

Le tableau ci-dessous donne les actions nécessaires dans chaque phase de négociation :

Phase	Action
1. La phase de contact (Mise en place)	
	• Choisir le moment propice pour la négociation • Prévoir les moyens logistiques et de communication adéquats : • Modalités d'accueil (transport, hôtellerie, divertissement,...) • Modalités de travail (salles de réunion, audiovisuel et fournitures de bureau)
2. La phase de la négociation	
Consultation	A ce stade, les informations viennent de sources variées : documents, Internet, rencontres, discussions téléphoniques. Ces informations peuvent relever des contradictions qu'il vaut mieux connaitre avant d'entamer la négociation pour éviter des blocages. Pendant la phase de consultation, il faut classer les informations en trois catégories: • Informations à obtenir : rechercher les informations qui aident à confirmer les hypothèses sur les enjeux et les objectifs de l'autre • Informations à donner : On a intérêt à ce que certaines informations soient connues de l'autre partie. En transmettant de l'information il faut obtenir la contrepartie équivalente • Informations à cacher : Ces informations risquent de dévoiler les objectifs de négociation ou les enjeux fondamentaux qui, s'ils étaient connus, ne pourraient qu'affaiblir la position du négociateur

Confrontation	Les négociations réelles sont effectuées. Pendant celles-ci, les intérêts, les points de vue et les besoins sont abordés. Ceux-ci doivent être présentés aussi clairement que possible tout en conservant une atmosphère qui fait que les discussions ne bloquent pas ou que les points de vue ne se répètent inutilement. Cet objectif peut être atteint par les techniques d' «écoute active». Des négociateurs compétents peuvent être nécessaires. Ces techniques peuvent être acquises par des techniques du jeu de rôle ou d'autres formes de formation.
Construction	Pendant cette étape des propositions concrètes et créatives doivent être développées. La concession ne se fait pas nécessairement au détriment de l'autre partie. **Tout le monde doit en ressortir avantagé.** La vraie valeur d'une concession vient de l'importance qu'elle présente pour l'autre partie. Exiger une contrepartie de valeur équivalente à chaque concession : la négociation est un processus de satisfaction progressive de chacun, et non de sacrifices mutuels.
3. La phase de conclusion (Achèvement)	
	L'objectif de cette phase finale est de « valider », sous forme synthétique, ce qui a été discuté. A ce stade **il ne faut plus négocier**, il faut plutôt signer le contrat.

8.7.3. Principes de négociation

Il faut négocier sur le fond (intérêts, besoins, valeurs) et non sur les positions (déclarations). Essayer de dissocier les problèmes des individus et traiter séparément les questions de fond et les questions de relations individuelles. Essayez également d'avoir un Plan B. Quelle est la meilleure alternative possible si votre point de vue initial ne peut pas être atteint ? Utiliser l'écoute et la parole active.

Un accord bien négocié doit satisfaire les intérêts des deux parties et être légitime, il devrait de préférence également viser à développer de bonnes relations et être développé par le biais d'une communication efficace et enfin contenir des engagements clairs et réalistes.

8.8 Négocier pour des changements liés aux systèmes PBF

8.8.1. Théorie du comportement des individus

Comme présenté au chapitre 3, le comportement des individus peut être plus facile à expliquer en prenant en compte les intérêts privés. Lorsque les conditions de vie et les salaires sont très faibles, le comportement visant l'intérêt privé devient presque inévitable (un policier demandant des pots-de-vin, les autorités sanitaires qui collectent des impôts informels auprès des formations sanitaires). La théorie du choix public stipule que la défense des intérêts publics se déroule mieux en créant une situation dans laquelle l'intérêt public est le plus proche possible des intérêts privés du fonctionnaire ou des autres acteurs concernés. Pour cela, les subsides des formations sanitaires sont conçus de manière à servir aussi l'intérêt privé du personnel puisqu'une partie des subventions est destinée à payer des bonus de performance. En même temps, les subventions sont une récompense pour les activités sociales souhaitées telles que les services de planning familial, la construction de latrines, la distribution et la vente de moustiquaires pour combattre le paludisme. Le travailleur de la santé a donc aussi un intérêt privé à faire correctement son travail. Suivant la même logique, les cadres des différentes organisations doivent être bien payés. Ces cadres ne doivent pas être tentés par la corruption qui peut conduire au licenciement, à la perte de réputation et, en cas de départ, à la fin d'un salaire élevé. Le fait qu'un gestionnaire ou fonctionnaire ne parvient pas à atteindre les objectifs sociaux doit conduire à une réduction de leurs bonus de performance. Un cas de corruption ou de fraude doit conduire au licenciement immédiat. Par conséquent, les concepteurs des interventions PBF doivent mettre en place de bons systèmes de suivi afin que les gestionnaires sachent qu'ils sont constamment évalués.

8.8.2. Exemples de points de négociation dans le PBF

Les innovations proposées par le PBF nécessitent une modification du comportement des acteurs et de leurs pratiques et cela peut être une source de conflits. Les agents de changement PBF doivent négocier le respect du principe de séparation des fonctions (notamment la canalisation de fonds et la régulation). Sans l'adoption de ce principe et au cas où le gouvernement impose une solution monopolistique, l'intervention PBF peut échouer. Ces derniers aspects peuvent constituer une « hypothèse fatale » pour le succès de l'intervention. À ce stade, le négociateur PBF peut proposer d'arrêter les négociations, car un point non négociable a été atteint.

Les défenseurs du PBF doivent avoir les compétences d'un « leader », mais aussi d'un « négociateur » qui peut tenir compte de points de vue différents, sans violer les principales et meilleures pratiques PBF. Une autre question importante dans les interventions PBF est que le budget doit être suffisant, au moins $ 2-3 par personne par année. Le coût fixe de l'intervention est environ $ 0,50 et un budget trop faible signifie que la majeure partie du financement sera utilisée pour couvrir les frais administratifs au lieu d'aider les formations sanitaires et la population. C'est aussi une hypothèse fatale pour la réussite de l'intervention et dans ce cas il vaut mieux cesser les négociations.

8.8.3. Quelques stratégies pratiques de négociation dans le PBF

Il faut informer le mieux possible les acteurs impliqués dans le processus du PBF sur les modifications proposées. Cela peut se faire par des présentations aux décideurs ou pendant des ateliers. Les articles scientifiques doivent être partagés pour montrer que les idées ne sont pas des opinions personnelles mais des idées scientifiquement vérifiées par des experts. Les visites d'échange dans d'autres pays qui appliquent déjà le PBF peuvent être utiles. Les différents acteurs et les décideurs en particulier devraient participer au processus préparatoire du PBF. Pendant cette phase il est bon de souligner que le PBF n'est pas une « révolution » mais un processus de changement progressif avec des projets pilotes qui prouvent que le système PBF fonctionne aussi dans les pays ou régions où le contexte est particulier. Le PBF n'est pas un « modèle », puisqu'il a été constitué à partir d'un nombre de pratiques qui doivent être adaptées aux circonstances spécifiques. Les décisions et le développement de « procédures » doivent entrer dans le cadre d'un un processus graduel de recherche-action. Pour ce faire, les recherches scientifiques sur des zones d'intervention et des zones témoins sont importantes afin que les décideurs puissent observer les résultats et décider sur la base de « ce qui fonctionne » et de « ce qui ne fonctionne pas ». Le PBF s'oppose rarement aux objectifs nationaux de santé déjà existants ou aux objectifs internationaux tels que les Objectifs du Millénaire. Cela étant, le PBF diffère au niveau des stratégies de mise en œuvre et peut ajouter de nouvelles idées sur la façon d'assurer le libre choix des patients pour les prestataires, sur la façon de décentraliser efficacement et de créer des structures autonomes et enfin sur la façon de canaliser des fonds jusqu'aux bénéficiaires et créer ainsi des effets économiques de multiplication. La formation et l'information sont importantes et c'est pour cette raison que des cours PBF doivent être organisés. Tous ceux qui sont familiers avec le programme PBF savent que le système n'est pas trop complexe et qu'il peut facilement être élargi et enseigné. Il faut stimuler ceux qui veulent devenir pionnier et innover. Récompenser ceux qui prennent de risques, en particulier lorsque leurs efforts ont un impact sur la réalisation des objectifs sociaux.

L'opposition peut être parfois irrationnelle ou fondée sur des intérêts privés qui, objectivement, ignorent ou même violent les intérêts publics. Il faut alors se poser des questions sur la manière de neutraliser cette opposition. Quelle pression politique ou administrative peut être appliquée ? Il est parfois nécessaire de passer au « plan B ». Par exemple, lorsque les autorités d'une province ne semblent pas ouvertes aux modifications proposées, les négociateurs peuvent dire qu'ils ont l'intention d'entamer les négociations dans une autre province. Cela peut modifier la position initiale des autorités de la première province.

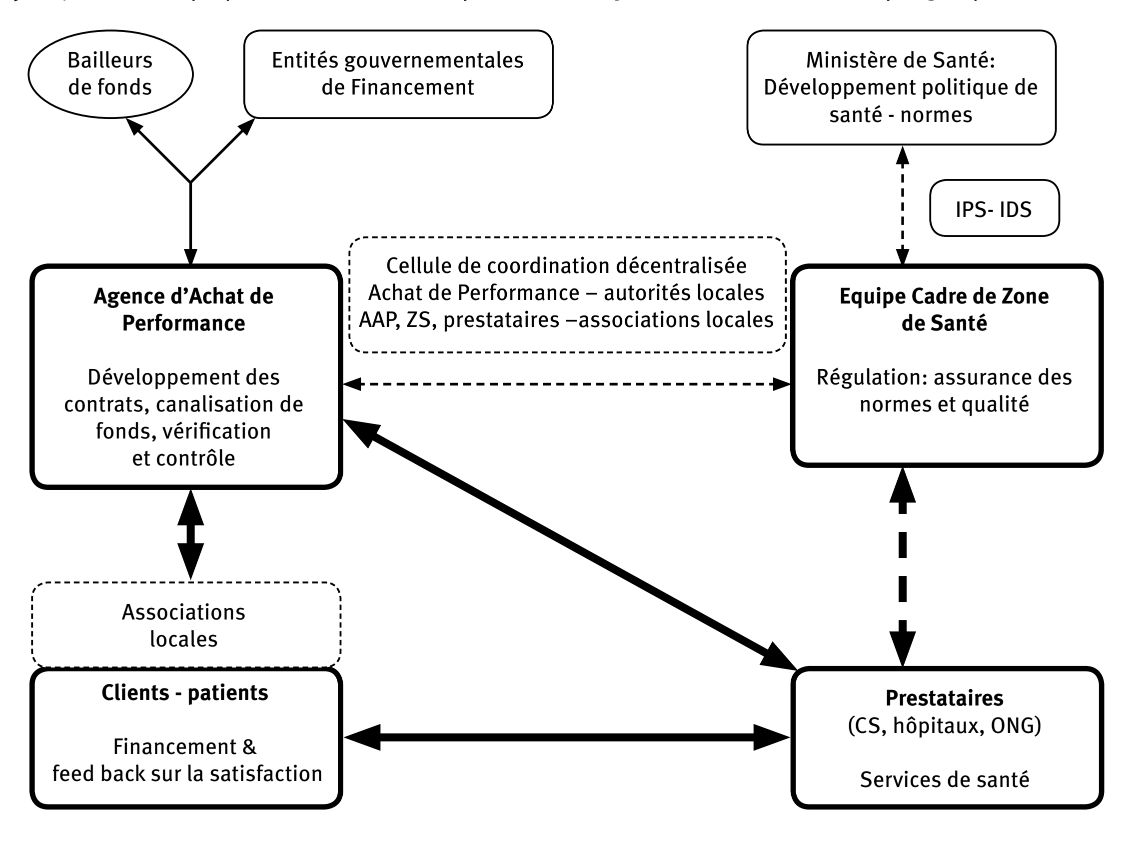
Les acteurs dans la périphérie d'une province ou d'un district sanitaire peuvent se retrouver dans une autre situation. Une fois que l'intervention PBF a été acceptée par les décideurs nationaux, les directeurs des agences d'achat sont en position de force pour appliquer les modifications. Ils doivent être qualifiés pour négocier le changement et cela nécessite une forte personnalité. Par exemple, si une formation sanitaire ou un distributeur local de médicaments essentiels essaie de défendre sa position de monopole, le directeur de l'agence d'achat ne doit tout simplement pas l'accepter. On dit parfois que les hôpitaux disposent d'une position de monopole naturel et que, par conséquent, il est difficile d'appliquer les modifications. Cependant, dans la pratique ceci est rarement vrai. Il est vrai qu'on ne peut pas mettre un hôpital sous la pression de la concurrence en construisant subitement un nouvel hôpital. Cependant, la gestion d'un hôpital mal géré peut être changée. Même s'il est important d'être ferme, le directeur d'une agence d'achat doit agir prudemment et parfois attendre quelques jours ou semaines pour que l'opposant puisse réfléchir à la nouvelle réalité. Après quelques semaines, sa position peut avoir évolué considérablement de telle manière que les modifications proposées par le PBF sont acceptées. Un tel changement de position peut aussi influencer les autres acteurs locaux. En général, le personnel de santé (et les syndicalistes) ont tendance à être en faveur du PBF car le système augmente leurs rémunérations individuelles. Ce facteur peut mettre la pression sur les gestionnaires locaux qui s'opposent au changement PBF.

L'instrument du « bâton » doit toujours être présent pour forcer le changement. Une étape suivante dans le processus de négociation peut consister à retarder ou ne pas renouveler le contrat avec une formation sanitaire. Cela implique que le problème est maintenant chez le gestionnaire d'établissement de santé et non plus chez l'agence d'achat ou le régulateur. Les contrats PBF doivent donc être très clairs afin que les agences d'achat aient le droit contractuel de retarder ou de bloquer les contrats lorsque les formations sanitaires n'atteignent pas leurs objectifs.

8.9 Exercice de négociation

Objectifs : les participants identifient et analysent les conflits potentiels entre les différents acteurs dans le PBF. Les participants imaginent des stratégies de négociation pour parvenir à des accords de collaboration. Les participants imaginent un jeu de rôle pour présenter les scénarios.

Temps : 40 minutes : préparation - 10 minutes : présentation - 5 minutes : commentaires par groupe.



Groupe 1 : analyse la relation entre **bailleurs de fonds**/entités fondamentales de financement et l'**AAP**
Groupe 2 : analyse la relation entre l'**AAP** et les **associations locales**
Groupe 3 : analyse la relation entre l'**AAP** et les **prestataires**
Groupe 4 : analyse la relation entre l'**AAP** et **ECZC**

Tâches :
- Identifier les conflits potentiels dans ces relations
- Imaginer un scénario de négociation de collaboration entre les institutions (compte tenu des conflits potentiels identifiés)
- Présenter un scénario sous forme de jeu de rôle

9. LA GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES : LE PLAN DE BUSINESS

Dr Canut NKUNZIMANA – M Jean Baptiste HABAGUHIRWA

9.1 Objectifs

- Connaître le principe de la boîte noire et le business plan
- Etre capable d'élaborer un business plan, y compris pour l'infrastructure

9.2 La « boîte noire » et le « business plan »

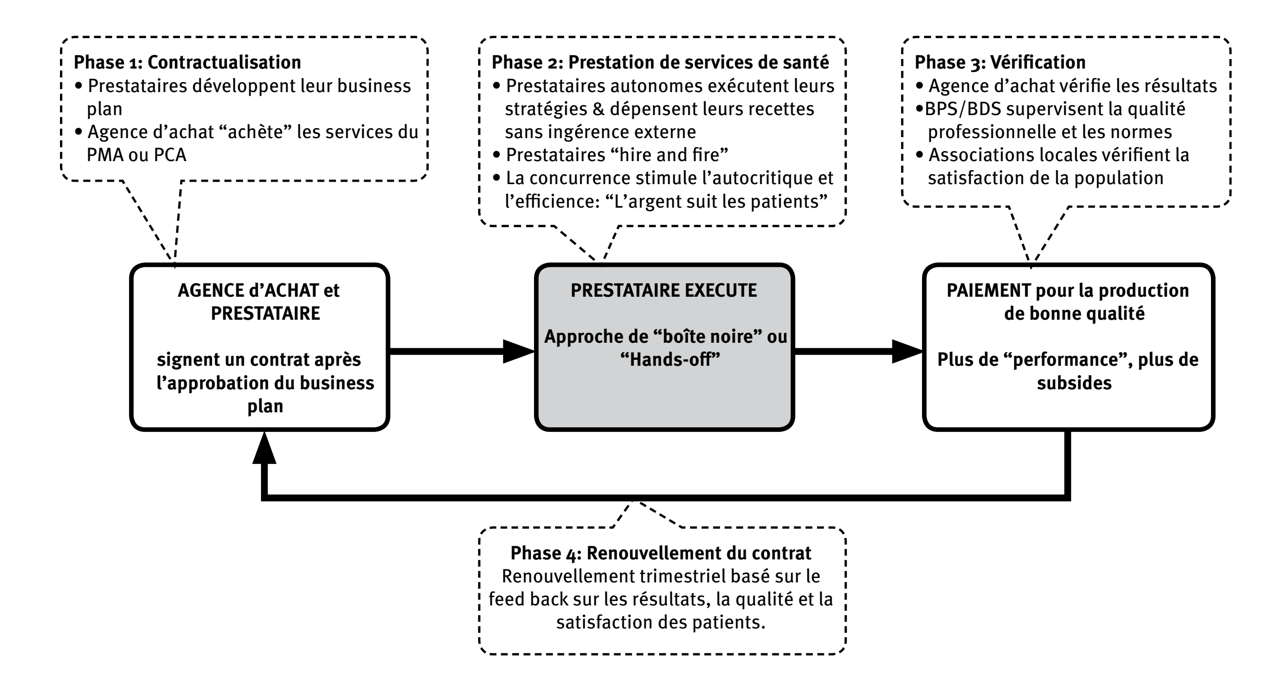
Pourquoi utiliser des mots tels que « boîte noire » et « business plan » ? Les services de santé sont-ils une « entreprise » ? La « boîte noire » ne renvoie-t-elle pas à quelque chose qui n'est pas transparent, qui est « noir » ? Ces mots renvoient à la nécessité de changer les méthodes traditionnelles de travail, d'opérer un changement d'attitude. Pour que les services de santé soient plus efficaces, nous devons identifier un autre type de gestionnaire. Celui-ci doit être qualifié pour identifier les problèmes spécifiques dans son aire de santé et être capable de trouver des solutions spécifiques. Le gestionnaire ne doit pas être une simple « marionnette » qui met en œuvre les instructions de sa hiérarchie. Il doit être innovateur et entreprenant, il doit identifier les opportunités et chercher les ressources locales pour réaliser les cibles à atteindre. Outre le fait qu'il doit réaliser les objectifs sociaux, il est aussi « propriétaire » de la formation sanitaire et peut considérer la structure comme source de revenus pour lui-même et son personnel. La formation sanitaire devient une entreprise sociale ou commerciale. Comme expliqué dans le chapitre microéconomie, les formations sanitaires sont des acteurs économiques de l'offre, qui fonctionnent de manière autonome et sont capables de répondre aux facteurs variables permettant d'atteindre le meilleur résultat possible en termes d'utilisation des ressources limitées du marché. Les formations sanitaires doivent trouver les ressources humaines et financières pour réaliser les activités sociales. Dans cette logique de marché, les gestionnaires des formations sanitaires doivent trouver les stratégies les plus efficaces. Les responsables des agences d'achat et de la régulation n'ont pas d'influence directe sur les choix et solutions identifiées. Ceci est la « cuisine interne » de la formation sanitaire, comme celle d'un restaurant où il serait étrange que les clients observent la façon dont fonctionne la cuisine ou qu'ils demandent au cuisinier quels ingrédients il utilise. Selon la théorie de l'analyse du système, ceci est également décrit comme l'approche de la « boîte noire ».

Cependant, cela ne signifie pas que les gestionnaires peuvent faire tout ce qu'ils souhaitent. Ils doivent avoir les compétences et les techniques de gestion pour devenir des gestionnaires capables qui opèrent dans la transparence. Dans cet esprit de gestion de la boîte noire, des instruments ont été développés pour les systèmes PBF. Le premier instrument « boîte noire » est le business plan. Un autre instrument important est l'outil de gestion « indice » qui permet aux gestionnaires d'analyser les recettes pour calculer l'équilibre des dépenses, y compris pour les bonus de performance individuelle (voir chapitre 10). Les gestionnaires peuvent utiliser ces instruments de boîte noire d'une manière directe ou les adapter tout en gardant une gestion transparente. Ce sont les gestionnaires qui sont responsables des décisions prises à l'aide de ces instruments. Il n'existe pas de bonnes ou mauvaises décisions à partir du moment où des solutions sont apportées aux problèmes dans un domaine spécifique et des circonstances particulières. Aucun planificateur central ne peut exécuter toutes les décisions prises par des centaines de gestionnaires de formations sanitaires dans un pays donné. Toutefois, les résultats et la qualité des services doivent être précisés avec des indicateurs de résultat objectivement vérifiables (chapitre 5) et des indicateurs de qualité (chapitre 7).

Nous utilisons également le mot « business plan » pour distinguer clairement le style de gestion du style associé avec les « plans d'action », qui sont couramment utilisés dans les systèmes de santé traditionnels. Durant les négociations du contrat, l'acceptation ou non du business plan a des conséquences financières immédiates pour toutes les personnes concernées et constitue un instrument important. Si le gestionnaire n'exécute pas son business plan, la formation sanitaire ne reçoit pas de subsides. Contrairement à un « plan d'action » dans lequel il n'existe pas de relation entre les résultats et les recettes financières. Dans ce cas, le fait de ne pas mettre en œuvre un plan d'action n'a aucune conséquence.

9.3 Cycle de gestion

Le cycle de gestion du PBF est exécuté en quatre phases (figure ci-dessous) :
Pendant la *première phase* du processus de contractualisation, l'agence d'achat des fonds invite les responsables des formations sanitaires (avec leurs équipes) à développer un « business plan » qui décrit le paquet de soins de santé essentiels de bonne qualité à la population et ce à un coût accessible. La *deuxième phase* concerne la mise en œuvre du business plan par les prestataires de soins. Pendant la *troisième phase*, l'agence d'achat, les autorités locales de la régulation et les organisations communautaires contrôlent soigneusement les résultats déclarés par les formations sanitaires sur les aspects « quantité » et « qualité ». La *quatrième phase* du cycle de gestion du PBF comporte l'examen de cette rétro- information, la renégociation et le renouvellement des contrats.



9.4. Pourquoi chaque trimestre et quels sont les éléments d'un Business plan ?

Un business plan est un plan de travail trimestriel qui propose les stratégies nécessaires pour atteindre les objectifs définis par le gouvernement, pour le paquet minimum d'activités au niveau du centre de santé d'une part, et pour le paquet complémentaire des activités au niveau de l'hôpital d'autre part. Il met l'accent sur la production de services, mais également sur leur qualité. Le business plan est un outil visant à aider les gestionnaires à développer leurs idées et innovations. Il décrit la manière dont les activités reprises dans le contrat sont mises en œuvre et il est généralement rédigé tous les trois mois pour permettre le renouvellement du contrat avec l'agence d'achat. Le business plan est le résultat d'un processus dans lequel les gestionnaires des formations sanitaires impliquent les acteurs de leur aire de santé, tels que les travailleurs dans la santé, les représentants des dispensaires privés et les membres du comité de santé. Le plan identifie les problèmes dans l'aire de santé et la raison pour laquelle les objectifs des services de santé ne sont pas atteints. Il propose également des stratégies réalistes pour une période de trois mois. Le plan sert de base pour le contrat de performance à partir duquel les activités de la formation sanitaire sont vérifiées mensuellement afin que les subventions puissent être payées. Quand les résultats s'améliorent les subventions augmentent ainsi que les primes de performance du personnel, ce qui constitue une base de motivation du personnel.

D'aucuns estiment excessive la rédaction trimestrielle des business plan et proposent une rédaction annuelle ou semestrielle. Toutefois, l'expérience montre que la préparation d'un plan tous les trois mois permet plus de flexibilité, accélère les améliorations et permet d'identifier à temps de graves problèmes dans une formation sanitaire. Lorsqu'une formation sanitaire est mal gérée, les autorités de santé et les agences d'achat disposent d'un outil essentiel pour intervenir et renégocier le contrat à temps, pour retarder la signature du contrat ou même l'annuler. Cela serait plus difficile si la durée du contrat était d'un an. Les renouvellements réguliers de contrat permettent également au gouvernement et aux agences d'achat, en cas de besoin, de modifier avec souplesse les indicateurs et les subsides par indicateur.

Les éléments business plan sont les suivants : (a) le calcul de la cible par indicateur ; (b) l'analyse des problèmes et des raisons pour lesquelles les résultats et la qualité des activités ne sont pas atteints ; (c) les stratégies proposées pour résoudre les problèmes ; (d) une analyse des ressources humaines nécessaires et la façon de motiver le personnel ; (e) une analyse des besoins en infrastructure et équipement et ; (f) la planification financière.

Les business plans ne se limitent pas aux formations sanitaires, ils peuvent également être développés et soumis aux agences d'achat par : (a) les autorités sanitaires locales ; (b) les ONG et autres prestataires de services de santé qui répondent aux conditions d'obtention d'un contrat ; (c) les prestataires dans d'autres secteurs tels que l'éducation et le développement rural.

Chaque BP présenté par un prestataire (CS, hôpital, ONG, etc.) doit faire l'objet d'une analyse sur :
- Les aspects relatifs à l'amélioration de la qualité des soins offerts
- La situation géographique de son aire de santé et les stratégies proposées pour atteindre les populations qui ont difficilement accès aux soins. Les responsables des FOSA sont encouragés à signer des sous-contrats avec d'autres structures de collaboration en vue d'atteindre des populations géographiquement isolées
- Comment assurer l'accessibilité financière de la population aux soins de santé ? En considérant les coûts de production, y compris les salaires et les médicaments, les gestionnaires des formations sanitaires doivent analyser les revenus dont ils ont besoin pour fournir les services. Il est évident que la possibilité de générer des revenus et de recouvrir les coûts dépend également du pouvoir d'achat de la population. Les gestionnaires de santé doivent ensuite proposer des subsides réalistes au gouvernement ou agences d'achat pour compenser le manque à gagner si les tarifs sont diminués. La question de l'accès financier de la population ne doit pas être une préoccupation du personnel de santé car il a le droit de gagner le salaire minimum. La recherche des ressources externes est la responsabilité du gouvernement et des décideurs locaux. Quand les formations sanitaires reçoivent des subsides adéquats, elles peuvent réduire les prix en assurant les normes minimales de qualité et en faisant en sorte que les travailleurs de santé soient motivés
- Combien de membres de personnel chaque aire de santé doit-elle avoir ? La formation sanitaire doit décider d'augmenter ou de réduire son personnel en fonction de différents critères tels que la charge du travail, les normes nationales en matière de personnel qualifié et la volonté du personnel de travailler des heures supplémentaires ou au contraire d'avoir plus de temps libre avec un salaire inférieur
- Comment effectuer les stratégies de marketing social dans le but de sensibiliser la population aux nouveaux services de santé ou dans le but de modifier ses comportements qui sont mauvais pour la santé ? Les stratégies de marketing social expliquent comment et par qui ces stratégies seront conduites, comme les membres du comité de santé, les leaders religieux, les accoucheuses traditionnelles, etc

9.5 Accélérer l'amélioration de l'infrastructure

Les améliorations de l'infrastructure du centre de santé peuvent être réalisées de la manière suivante :
- Les gestionnaires de santé doivent réserver systématiquement une partie de leur revenu pour des réhabilitations mineures dans le but d'améliorer la qualité des services
- Lorsque des réhabilitations majeures sont requises et que celles-ci nécessitent des fonds importants, les gestionnaires des formations sanitaires peuvent demander un prêt libre d'intérêt à l'agence d'achat. Ce prêt est remboursé en fonction des subsides générés ultérieurement par les activités
- Si les infrastructures sont dans un état tel que de nouvelles constructions s'avèrent nécessaires, le projet PBF peut inclure un montant significatif (de 10 à 30 % du budget total) pour l'amélioration des infrastructures. Les travaux d'amélioration des infrastructures sont repris dans les business plans et peuvent être négociés avec l'agence d'achat. La réhabilitation des infrastructures peut être réalisée en plusieurs étapes pendant lesquelles l'agence d'achat paie par tranches sur la base des supervisions régulières visant à surveiller la progression. Lorsqu'un « benchmark » préalablement convenu est atteint, une nouvelle tranche est libérée. En RDC, de bons résultats ont été réalisés grâce au recrutement d'un ingénieur qui effectue les tâches de surveillance, mais qui aide également les formations sanitaires dans l'élaboration du plan et dans le choix des matériaux nécessaires afin que la réhabilitation soit de bonne qualité

Dans tous les scénarios cités ci-dessus, ce sont les titulaires des CS et les directeurs des hôpitaux qui sont responsables des initiatives relatives à la construction. L'Agence d'Achat de Performance et les autorités de santé assurent que les constructions respectent les normes du Ministère de la Santé.

9.6 Exercice plan de business

A. Présentation du Centre de Santé IBO

Les recettes mensuelles du Centre de Santé IBO s'élèvent à $ 950 par mois pour une population de 20 000 personnes. Les recettes du CS s'élèvent donc à $ 0,57 par an par habitant. La densité de la population est de 400 personnes par kilomètre carré et les terres cultivables sont devenues rares, ce qui provoque de multiples conflits démographiques.

Rubriques de recettes	Francs	US $
Recettes directes – recouvrement des coûts	F 100.000	$ 200
Recettes d'autres bailleurs	F 300.000	$ 600
Recettes mutuelles	F 50.000	$ 100
Recettes Police Nat & Forces Armées	F 25.000	$ 50
TOTAL DES RECETTES	**F 475.000**	**$ 950**

Tableau 8 : Recettes mensuelles du Centre de Santé IBO

Le CS compte 3 infirmiers qualifiés A2 – tous masculins - et 10 agents non qualifiés. Les primes moyennes sont de $ 40 pour les infirmiers qualifiés et de $ 20-25 pour les agents non qualifiés. La tarification du CS est fixée par l'ONG à $ 1 par consultation externe et à $ 5 pour un accouchement. La zone couverte par le CS IBO compte plusieurs prestataires informels qui présentent des compétences douteuses selon le titulaire. Cependant, le BPS a constaté l'ouverture de certains dispensaires privés dans cette zone avec des infirmiers qualifiés. Les villages les plus éloignés dans l'Aire de Santé sont à 10 kilomètres.

Le CS fait 500 consultations externes pas mois, 20 accouchements et 20 cas d'observations de 2 jours par mois en moyenne. Une étude effectuée par le Technicien de Développement Rural (TDR) a établi que 10 latrines sont plus ou moins fonctionnelles dans un village de 1 000 personnes et que 20 moustiquaires sont utilisées.
Une Agence d'Achat a été installée. Elle cherche à acheter la production du Centre de Santé à $ 0,35 par CE et à $ 1,50 par accouchement. En plus, le Planning familial est subventionné à $ 2,00 pour trois cycles de pilule ou une injection contraceptive.

Observez l'annexe ci-dessous et faites une analyse de Consultation Externe (2), Distribution Moustiquaires (7), Planning familial (10).

9.7 Annexe : canevas business plan - contrat principal centres de santé

Analyse des résultats octobre - décembre 2009 & planification pour le premier trimestre 2010

1. INFORMATIONS GENERALES

Zone de Santé :................. Centre de Santé :................. Population 2009 : ....
Existence de sous-contrats avec un poste de santé et/ou un dispensaire privé ? Oui / non
Si oui, lesquels ? .... Personnel qualifié : .... Personnel non qualifié : ....

STATISTIQUES DU CENTRE DE SANTE

2009 & 2010 Mois	Consultations Externes Nvx cas	Journées d'hospitali-sation	Nbr d'accou-chements par personne qualifié*	Nbr femmes – PF (nvx + anc) Pilules (3 mois) + injec-tion	Nbr CPN (nouvelles inscriptions)	Nbr CPN (visites stan-dard)
Octobre						
Novembre						
Décembre						
Janvier						
Février						
Mars						

2. CONSULTATIONS EXTERNES

Quel est la cible mensuelle pour les consultations externes dans votre aire de santé : ....
(Population totale de l'aire de santé/12)

Quels sont les problèmes des patients externes qui fréquentent votre centre de santé ?

Faites une analyse des facteurs comme le pouvoir d'achat de la population pour le paiement des tarifs, l'influence de la tarification forfaitaire ou par acte, la concurrence avec les centres privés, les stratégies des privés à reproduire, le manque de médicaments, les villages éloignés, le manque de personnel qualifié, le manque de motivation du personnel, ainsi que d'autres problèmes.

....
....
....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre ?

Pensez à l'augmentation du personnel qualifié, aux stratégies avancées, aux sous-contrats avec des postes et/ou dispensaires privés, à la diminution des tarifs, à la tarification forfaitaire ou à la tarification par acte, au paiement des charlatans pour qu'ils arrêtent leurs services dangereux, etc.

....
....
....

3. HOSPITALISATION

Quelle est votre cible mensuelle pour les journées d'hospitalisation dans l'aire de santé ? ....
(= population / 1000 x 0,5 x 30 jours)

Quels sont les types de patients hospitalisés (observés) dans la formation sanitaire ?

....
....

Quels sont les problèmes liés à l'hospitalisation de malades ?
Faites une analyse des facteurs comme l'hygiène du centre de santé, la disponibilité des latrines et des douches, la présence permanente du personnel qualifié, l'organisation du système de garde (nuit, week-end), l'équipement pour l'hospitalisation (lits, moustiquaires, matelas, draps, table de nuit), les conditions d'hospitalisation (homme-femme-enfant, espace, ventilation), l'examen clinique et le suivi selon l'ordinogramme, la mise à jour de la fiche d'hospitalisation, le traitement selon l'ordinogramme.

....
....
....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre en considérant les facteurs mentionnés ci-dessus ?

....
....
....

4. RÉFÉRENCE DE PATIENTS GRAVES

Quelle est la cible pour la référence des malades graves pour votre aire de santé ?
(= population / 12 x 4%) ....

Quels sont les problèmes que vous rencontrez pour transférer des patients gravement malades aux structures de référence ?

Opposition - information de l'hôpital reçu – transport – volonté des patients d'être référé ?

....

....

....

5. DISTRIBUTION VIT A (enfants entre 6 et 59 mois)
CONSULTATIONS PRE SCOLAIRES (enfants entre 12 et 59 mois)

Calculez le nombre d'enfants âgés de 6 – 59 mois, qui doivent recevoir chaque mois une capsule de Vit A dans votre aire de santé ? ……. *= population x 18% / 12 x 2 caps*

Quelles stratégies appliquez-vous pour les atteindre ?

Visites aux écoles, visites dans les villages, etc.

....

....

Calculez chaque mois le nombre d'enfants qui ont terminé six visites standard des consultations préscolaires entre 12 et 59 mois ? ……. *= population x 16% / 4 / 12*

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

6. IMMUNISATION (PEV)

Le groupe cible des enfants âgés de moins de 1 an est de 4,5 % de la population de la Zone de Santé. Le nombre de grossesses prévues dans la zone de desserte est de 4,8 %.

Type de vaccin	Nbr vaccinés pendant trimestre précédent	Cible	% atteint	% à atteindre pendant la trimestre suivant
BCG				
DTC3				
Rougeole				
Enfants complètement vaccinés				

Quels sont les problèmes relatifs à l'immunisation dans votre Aire de Santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

De quelles ressources supplémentaires avez-vous besoin pour atteindre cette cible (UNICEF, autres) ?

....

....

7. DISTRIBUTION DES MOUSTIQUAIRES

Calculez le nombre de moustiquaires à vendre mensuellement dans votre aire de santé ? ....
= Population de l'aire de santé / 5 ans / 12 mois / 1,5 personnes. On estime qu'une moustiquaire est utilisée pendant 5 ans en moyenne par 1,5 personne – couple, mère avec son enfant.

Quel est le taux actuel, durant le trimestre passé, d'utilisation des moustiquaires ?
= Nombre de moustiquaires distribuées pendant le dernier trimestre /
(Population de l'aire de santé / 4 trimestres / 5 ans / 1,5 personnes) = ...%

Quels sont les problèmes liés à la distribution des moustiquaires dans votre aire de santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration pour atteindre la cible ?

....

....

Où comptez-vous acheter les moustiquaires ?

....

....

8. LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

Quelles sont les cibles mensuelles de dépistage des tuberculeux (population / 100 000 x 150 / 12) et de prise en charge des tuberculeux (population / 100 000 x 150 / 12) dans votre aire de santé ?

....

Quels sont les problèmes relatifs au dépistage et à la prise en charge de TBC dans votre Aire de Santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

....

9. LATRINES CONSTRUITES ET/OU AMELIOREES

Quelle est la cible mensuelle pour les latrines construites et/ou améliorées dans votre aire de santé ?

....

Population / 6 personnes par ménage / 12 mois / 3 ans

Quels sont les problèmes relatifs à l'amélioration et à la construction des latrines dans votre Aire de Santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

....

10. ESPACEMENT DES NAISSANCES – PLANNING FAMILIAL

Calculez le nombre de couples (femmes) qui utilisent, par mois et dans votre aire de santé, des méthodes orales et injectable si on prend comme cible 22 % ? ....
Nouvelles + anciennes utilisatrices = population x 21% / 12 x 22% x 4

Combien de cas d'espacement des naissances pensez-vous pouvoir obtenir par mois durant le nouveau trimestre ?

....

Quels sont les problèmes liés à l'espacement des naissances (méthodes orales & injectables) dans votre Aire de Santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre ?

Recruter des infirmières additionnelles, collaborer avec les ONG locales, stratégies avancées, sous contrats privés, utiliser les relais communautaires, assurer le plaidoyer auprès des autorités politico administratives, leaders d'opinion, églises, expliquer correctement les effets secondaires

....

....

....

Où pensez-vous obtenir des contributions pour le PF ?

....

Comment pensez-vous commencer le programme des implants et des DIU dans votre Aire de Santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies pour les interventions chirurgicales du PF (ligature des trompes, vasectomie) dans la zone, en collaboration avec les hôpitaux de district ?

....

....

11. CONSULTATIONS PRENATALES

Calculez le nombre de consultations prénatales nouvelles par mois.
= population x 4,8% / 12 ....

Calculez le nombre de consultations prénatales standard par mois pour que les femmes enceintes visitent au moins 3 fois les consultations standard ?
= population x 4,8% / 12 x 3 ....

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical dans les consultations prénatales effectuées dans la zone de couverture ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

12. ACCOUCHEMENTS ET AVORTEMENTS

Calculez le taux d'accouchements assistés le trimestre passé ? ....%
= Nombre d'accouchements réalisés / population x 4,8% / 12 mois

Quelle est la cible pour votre aire de santé ? ....accouchements par mois.
= Population x 4,8% / 12 mois

Quels sont les problèmes relatifs aux accouchements assistés par le personnel qualifié dans votre aire de santé ?

Faites une analyse des facteurs comme la disponibilité de personnel qualifié en permanence, la salle d'accouchement propre et garantissant la confidentialité, l'équipement (table d'accouchement, boîte d'accouchement, ventouse, aspirateur, stéthoscope obstétrical, fil de cordon, fil de suture), les conditions d'hygiène (gants, tablier plastique, produits de désinfection), les conditions d'hospitalisation (espace, ventilation, moustiquaire), l'existence d'un partogramme et utilisation correcte.

....

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'améliorations que vous comptez mettre en œuvre en considérant les facteurs ci-dessus ?

Augmenter le personnel qualifié, acheter des équipements médicaux et/ou de nettoyage, réhabiliter l'infrastructure, faire une formation du personnel, ouvrir une nouvelle maternité, etc.

....

....

....

Quels sont les problèmes relatifs aux avortements dangereux dans votre aire de santé ?

Cas de décès maternel après des avortements clandestins, cas de grossesse après viol, manque d'accès aux avortements sans risque ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre ?

....

13. MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST)

Calculez le nombre de consultations IST par mois pour atteindre la cible de votre aire de santé ? ....
= population x / 12 x 5%.

Quels sont les problèmes que rencontre le personnel médical pour diagnostiquer et traiter les MST dans votre aire de santé ?

....

....

Quelles sont les stratégies et propositions d'amélioration que vous comptez mettre en œuvre ?

....

....

....

14. ANALYSE DES RESSOURCES HUMAINES

Combien, en moyenne et par mois, le centre de santé dépense-t-il pour payer les primes du personnel sur la base des recettes de recouvrement des coûts (Recettes propres) et des subsides de l'Agence d'Achat ?
Infirmiers A1 $ .... A2 $ .... A3 $................. Non-qualifiés $ ....

Ce montant est-il raisonnable par rapport aux besoins du personnel ? …………………. ………………

....

....

Quelles recettes supplémentaires sont nécessaires pour atteindre un niveau raisonnable ? ....

En tenant compte de ces recettes additionnelles, quelle sera la proportion des rémunérations du personnel par rapport aux recettes totales ? ....

Catégories du personnel	Personnel actuel payé par la FOSA	Personnel additionnel proposé pour le trimestre suivant
A1		
A2		
A3		
Comptabilité / réception		
Personnel médical non qualifié		
Garçons / filles de salle chauffeurs		
Sentinelles, jardiniers, etc.		
TOTAL		

15. AUTRES RESSOURCES

Décrivez la situation concernant la disponibilité des médicaments essentiels (y compris contributions PF et moustiquaires) et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la durée du contrat ?

....

....

....

Décrivez la situation concernant la disponibilité des matériels médicaux et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la durée du contrat ? ....

....

....

....

....

....

Décrivez la situation concernant la disponibilité des meubles et fournitures de bureau et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la durée du contrat ? ....

....

....

....

Décrivez la situation concernant les bâtiments et autres infrastructures et ce que vous comptez faire à ce sujet pendant la durée du contrat ? ....

....

....

....

....

16. PLANIFICATION FINANCIERE

Estimez les besoins financiers du centre de santé sur la base des stratégies proposées ci-dessus :

Lignes de dépenses	Dépenses mensuelles actuelles	Dépenses mensuelles moyennes prévues dans nouveau contrat
Salaires + primes pour le personnel		
Médicaments et équipements médicaux		
Subsides pour les sous-contrats		
Nettoyage et coûts de bureau		
Nettoyage, frais de bureau		
Frais de transport, pétrole		
Marketing social		
Infrastructure - réhabilitation		
Equipement - fournitures		
Augmentation de la réserve bancaire		
Autres ……		
TOTAL		

Catégories de recettes	Recettes mensuelles actuelles	Recettes mensuelles moyennes prévues nouvel période de contrat
Recettes du recouvrement de coûts directs		
Recettes mutuelles – assurance maladie		
Contribution Ministère de la Santé - salaires		
Subsides de l'Agence d'Achat		
Contribution d'autres bailleurs		
Diminution de la réserve bancaire		
TOTAL		

Fait à .... le ..../............/20..

Signatures :

....

L'Infirmier Titulaire Directeur de l'Agence d'Achat

Nom .... Nom ....

Copies : Centre de santé, AAP et autorité sanitaire locale

10. LA GESTION DES FORMATIONS SANITAIRES : LE SYSTEME INDICE

Dr Canut NKUNZIMANA – Dr Robert SOETERS

10.1 Objectifs du module

- Apprendre à utiliser (en EXCEL ou manuellement) l'instrument de gestion des formations sanitaires « indice » pour calculer les revenus, planifier les dépenses et calculer l'indice pour les primes individuelles du personnel
- Comprendre et apprendre comment calculer les primes individuelles du personnel

10.2 Recettes et dépenses – et équilibre

Les recettes d'une FOSA proviennent des :
Recettes de recouvrement des coûts – (mutuelle – tarification directe)
Subsides de l'Etat (salaires - fonctionnement)
Subsides d'AAP
Contributions d'autres bailleurs
Activités génératrices de revenus

Les dépenses d'une FOSA – PBF sont :
Salaires de base du personnel = fixe
Achat de médicaments
Frais de fonctionnement
Investissements (réhabilitations, constructions, équipements, équipement solaire, moto, ordinateur, etc.)
Relais communautaires
Autres dépenses
Augmentation de la réserve en banque
Montant total pour **la prime de performance = variable**

La rubrique **achat de médicaments** est importante pour s'assurer que la structure de santé possède un stock adéquat de médicaments. Les gestionnaires des formations sanitaires doivent s'assurer qu'ils disposent d'un stock de sécurité d'au moins 15 jours. Le stock de sécurité est la Consommation Moyenne Mensuelle divisée par 2. Il est calculé sur base de la consommation de chaque médicament pendant six mois, divisé par 6. Les dépenses pour le **fonctionnement** concernent les coûts de voyage, le matériel d'entretien et de nettoyage, les fournitures, eau + électricité, etc.

Les **frais de fonctionnement** comprennent les frais de déplacement, la maintenance des équipements, le nettoyage, l'eau et l'électricité, la sécurité, etc.

Les **investissements** sont très importants pour la FOSA, car sans investissements il est difficile d'améliorer la qualité des soins. Certaines FOSA sont dans un très mauvais état, à tel point qu'il serait préférable de les fermer et de construire de nouvelles. Les dépenses pour les investissements concernent l'achat des lits, des équipements, la réhabilitation du CS, la construction d'un logement pour un agent de santé ou d'un local manquant, l'énergie solaire, l'achat et/ou l'entretien d'une moto ou d'un ordinateur, etc.
Il est important d'impliquer le personnel dans la prise de décision relative aux investissements parce que dans le système PBF cela implique une diminution des primes du personnel. Il est facile de convaincre le personnel de renoncer aux primes si, par exemple, la formation sanitaire est électrifiée, ce qui permet d'augmenter les activités et les subsides. Cet investissement est rapidement réalisé afin que différents bonus (supérieurs) puissent être payés. De même, il sera facile de convaincre le personnel d'investir dans l'amélioration de leurs maisons.

Une réserve en banque suffisante est importante pour la durabilité. Elle peut éviter l'arrêt des services lorsque des événements imprévus ont lieu comme, par exemple, des réparations d'urgence ou lorsque les paiements du gouvernement ou des bailleurs sont en retard. Une réserve en banque doit aussi être créée pour amortir les coûts futurs de la réhabilitation de l'infrastructure et des équipements médicaux. Une réserve financière équivalente à deux ou trois mois de frais de fonctionnement est recommandée.

10.3 Calcul de primes individuelles de performance

Les primes individuelles de performance se calculent à partir de : **toutes les recettes du mois <u>moins</u> la somme de toutes les autres dépenses** comme les salaires fixes, les frais de fonctionnement, l'achat de médicaments, les investissements, les relais communautaires et l'augmentation de la réserve en banque.

La rémunération du personnel se compose d'une **partie fixe** (= salaire de base fixe) et d'une **partie variable** (= prime de performance). La partie fixe est définie par le gouvernement. En RDC, elle est encore arbitraire mais elle est fixée par la loi au Rwanda. Au Burundi, les salaires fixes sont aussi fixés à environ $ 80 pour un infirmier. Le salaire fixe doit constituer environ 50 % de la rémunération. L'autre partie est assurée par les primes variables. Le calcul des montants variables des primes de performance repose sur des critères que le personnel de chaque FOSA, son propriétaire et/ou son COSA peuvent déterminer. **Il s'agit de leur « boîte noire ».**

Pour orienter les responsables des FOSA sur la partie variable (les primes de performance), les critères suivants peuvent être appliqués :

1. Le bonus de performance de base est la partie fixe. Elle dépend de la catégorie de personnel. Un médecin ne reçoit pas la même prime de base que le nettoyeur
   L'employé peut être qualifié : A0 (médecin, licencié), A1 (infirmier de l'Etat), A2 (infirmier breveté), A3.
   L'employé peut ne pas être qualifié : A4 (personnel formé par la formation sanitaire), A5 (stérilisation, électricien, etc.), A6 (nettoyage, jardinage, sécurité)
2. Ancienneté de l'employé
3. Responsabilité de l'employé
4. Heures supplémentaires - Heures non travaillées
5. Evaluation trimestrielle/mensuelle de l'employé

1. Salaire fixe de base et indice de base pour la prime de performance

Le tableau suivant montre les catégories du personnel avec leur salaire fixe de base et leur indice de base de performance. A titre d'exemple, un infirmier A2 a un salaire fixe de base de $ 80 et un indice de base pour la prime de performance de 80 %.

Catégories	Salaire de Base Fixe	Indice de Base pour la Performance
A0: Médecin	$ 200,00	200%
A0: Licencié	$ 150,00	150%
A1	$ 100,00	100%
A2	$ 80,00	80%
A3	$ 65,00	65%
A4: AFR	$ 40,00	40%
A5: Garçon de salle	$ 30,00	30%
A6: Ouvrier	$ 30,00	30%

Tableau 9 : Indice de Base de Performance du personnel dans une formation sanitaire PBF

2. Ancienneté

En considérant l'ancienneté, la prime augmente de 1 % pour chaque année de travail ; soit 30 % d'augmentation sur un maximum de 30 ans d'activités.

3. Les primes de responsabilité

Tous les agents de santé n'ont pas la même responsabilité dans une formation sanitaire et cela peut être pris en compte par la prime de responsabilité. Cette responsabilité peut concerner la prise de décision médicale, les problèmes de gestion, la responsabilité de la gestion des finances ou de la sécurité.

Exemple de primes de la responsabilité à l'hôpital :

Médecin directeur :	50%	Médecin directeur Adjoint :	40%
Responsable administratif :	30%	Infirmier chef de service :	20%
Médecin responsable de service :	30%	Chef de soins	35%
Comptable :	20%	Caissière :	10%

Primes de responsabilité d'un centre de santé :			
Titulaire :	25%	Titulaire adjoint :	15%
Chef de service :	10%	Gestionnaire :	10%
Caissière :	5%		

1. Heures supplémentaires ou non-travaillées (perdues) - Exemple Rwanda

Il se peut que le personnel effectue des heures supplémentaires ou que le personnel s'absente ou arrive en retard. Pour une heure supplémentaire en journée, le personnel bénéficie d'une prime de 0,25 % et pour chaque heure supplémentaire pendant la nuit la prime est de 0,30 %. Une personne qui a chômé une heure la journée perd 0,25 % de sa prime ou 0,30 % pour une heure de la nuit, au bénéfice de celui ou celle qui a travaillé à sa place. On peut aussi considérer une heure comme « non prestée » dans le cas où un employé arrive au travail avec plus de 10 minutes de retard, comme c'est par exemple le cas au Rwanda.

2. Evaluation trimestrielle du personnel

Dans le PBF, le personnel d'une FOSA est habituellement évalué chaque trimestre. La régularité des évaluations individuelles peut être décidée par les gestionnaires de chaque FOSA (plus ou moins fréquentes). Au Rwanda, il existe un système où l'équipe d'évaluation de chaque FOSA donne une évaluation en % à chaque agent de santé. Cette évaluation doit être faite sur la base de critères objectifs développés et appliqués par un comité d'évaluation interne de la FOSA et – de préférence - pas seulement par le titulaire du CS ou le directeur de l'hôpital. Le comité de la FOSA obtient trimestriellement le score de qualité que lui attribuent les autorités locales de la régulation. Dans la feuille Excel « indice », le score obtenu pour chaque agent de santé est multiplié par 0,35 pour pondérer l'influence du score d'évaluation sur le total. Pour l'hôpital, le comité de gestion obtient le score de l'évaluation trimestrielle par les pairs. Chaque FOSA peut développer des indicateurs objectifs d'évaluation mais il existe quelques références.

Critères pour la performance d'évaluation individuelle. Chaque FOSA peut développer des indicateurs objectifs d'évaluation mais il existe quelques références. Dans un CS, on peut prendre notamment utiliser les critères suivants : (a) Conscience professionnelle (ponctualité, disponibilité, tenue de travail) ; (b) Esprit d'équipe (relations interpersonnelles, collaboration, dévouement, initiative) et ; (c) Compétences techniques (organisation, qualité du travail, quantité de travail).

10.4 Indicateurs d'efficacité de la gestion des FOSA

L'outil de gestion « indice » aide aussi les gestionnaires à calculer un nombre d'indicateurs d'efficacité tels que :

Indicateur coût / efficacité pour les ressources humaines de la FOSA = Somme des salaires fixes PLUS les primes du personnel DIVISE par le total des dépenses. Pour qu'une FOSA soit viable, cette proportion ne doit pas dépasser 52 %, ce qui représente la norme, et en principe ne pas être inférieure à 47 %. (Au Rwanda cette proportion est de 60 %). C'est un indicateur important parce que, si la proportion des dépenses des formations sanitaires est supérieure à 60 %, il est presque inévitable que les autres dépenses, comme les coûts de fonctionnement, l'achat de médicaments ou la réhabilitation de l'infrastructure soient insuffisantes. Par contre, si la proportion est inférieure à 47 %, des problèmes de motivation du personnel ou une pénurie de personnel sont envisageables.

Solde permanent de la FOSA : Chaque FOSA doit avoir un solde disponible de façon permanente. Ce solde doit pouvoir couvrir les dépenses de la FOSA pendant trois mois.

Analyse de la production en fonction de la catégorie du personnel :
Cette analyse permet de voir la production, en termes de résultat, par catégorie de personnel. On peut voir ainsi que pour certains hôpitaux il y a beaucoup de personnel par rapport à leur production ce qui signifie qu'il y a trop de personnel ou que le personnel ne travaille pas suffisamment. L'analyse permet aux gestionnaires des FOSA d'adapter le nombre de membres du personnel et l'organisation du travail du personnel. Grâce au principe de l'autonomie de gestion, les gestionnaires ne sont pas tenus de suivre les instructions ministérielles de recrutement du personnel. Chaque FOSA peut donc recruter le personnel selon ses besoins réels et pas selon les normes du ministère.

10.5 Exercice Centre de Santé IBO – recettes – dépenses – indice - primes

En septembre 2007, les recettes mensuelles du Centre de Santé IBO s'élevaient à $ 1 500 pour une population de 20 000 personnes. Ainsi les recettes du CS s'élevaient à $ 0,90 par an et par habitant. La densité de la population est de 400 personnes par kilomètre carré et les terres cultivables sont devenues rares et sources de multiples conflits démographiques. Pendant l'année d'introduction du PBF, le programme curatif du CS s'est beaucoup amélioré. Cependant la dernière évaluation de qualité du BCZ a démontré que les programmes de PF, d'assainissement et de vaccination nécessitaient encore des améliorations importantes au niveau du nombre de personnel qualifié féminin, de la promotion et de la chaîne du froid. Le bâtiment se trouve dans un état médiocre et il n'y a pas de la lumière en permanence dans le CS.

Rubriques de recettes	US $	FCO
Recettes de recouvrement des coûts	$ 1.000	F 800.000
Subsides AAP	$ 1.000	F 800.000
Recettes Mutuelles	$ 150	F 120.000
Subvention de l'Etat		F 0
Activités génératrices de revenus	$ 50	F 40.000
Recettes d'autres bailleurs - LD	$ 100	F 80.000
Report de réserve		
TOTAL DES RECETTES	**$ 2.300**	**F 1.840.000**

Tableau 10 : Recettes mensuelles du Centre de Santé IBO.

Exercice 1 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « Recettes & dépenses », les précédentes recettes du centre de santé IBO.

Question 1 : *Quelle est la proportion des recettes du CS provenant du recouvrement de coûts, de la mutuelle et des activités génératrices de revenus ?*

Question 2 : *Est-ce que le pourcentage de recettes provenant du recouvrement des coûts vous semble raisonnable ?*

Le CS dispose actuellement du personnel suivant :

	Catégorie	Poste
1	A1	Titulaire
2	A1	Infirmier
3	A2	Infirmier Tit Ad
4	A2	Infirmier
5	A2	Gestionnaire
6	A3	Infirmier
7	A4	Aide soignant
8	A4	Aide soignant
9	A4	Aide soignant
10	A4	Aide soignant
11	A4	Aide soignant
12	A5	Caissière
13	A6	Travailleur
14	A6	Travailleur

Exercice 2 : Copiez en EXCEL, dans la feuille « primes personnel », le salaire de base fixe (en $) et le pourcentage (%) de base pour la prime de performance dans la colonne « Prime Catégorie ». Ceci sert à chercher les valeurs par catégorie de personnel (A0, A1, A2, etc.) dans la feuille « explication primes » du classeur EXCEL « Mod10Log-ExercVideCSIBOV220709 » (voir tableau suivant)

1	Catégories	Salaire de Base Fixe	Indice de Base	
	A0	$ 150,00	110%	Médecin
	A0	$ 150,00	90%	Licencié
	A1	$ 100,00	66%	Infirmier, etc.
	A2	$ 80,00	39%	Infirmier, etc.
	A4	$ 60,00	30%	Infirmier, etc.
	A4	$ 40,00	25%	Aide soignant = AFR
	A5	$ 30,00	20%	Garçon de salle
	A6	$ 20,00	15%	Ouvrier

Exercice 3 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « primes personnel », la prime d'ancienneté en % sur la base de l'explication dans la feuille « explication primes » (voir tableau suivant). Le titulaire a 8 ans d'ancienneté, tout le personnel qualifié 4 ans et tout le personnel non qualifié 10 ans.

2	Ancienneté		
	1 an	1%	
	2 ans	2%	
	3 ans	3%	
	10 ans	10%	
	etc.		

Question 3 : *Trouvez-vous qu'une prime de 1 % d'ancienneté par année de travail et pendant toute la durée du travail soit raisonnable ? Donnez vos opinions et suggestions.*

Exercice 4 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « primes personnel », la prime de responsabilité selon les explications dans la feuille « explication primes » (voir tableau suivant).

3	Responsabilité	Pas plus de 25%
	Titulaire	25%
	Titulaire adjoint	15%
	Chef de service	10%
	Gestionnaire	10%
	Caissière	5%

Question 4 : *Trouvez-vous le système de prime de responsabilité raisonnable ?*

Exercice 5 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « primes personnel », les heures supplémentaires ou chômées selon les explications dans la feuille « explication primes » (voir tableau suivant). Le titulaire adjoint à travaillé 10 heures de plus (pendant la nuit). La caissière était au mariage de son frère et n'a donc pas travaillé pendant 20 heures (le jour).

4	Heures supplémentaires ou perdues	
	Heures supplémentaires le jour	0,25%
	Heures supplémentaires la nuit	0,30%
	Heures chômées le jour	-0,25%
	Heures chômées la nuit	-0,30%

Question 5 : *Pensez-vous que le fait de prendre en compte les heures supplémentaires ou chômées, comme expliqué ci-dessus, soit raisonnable ? Donnez vos opinions et suggestions.*

Exercice 6 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « primes personnel », le résultat, en pourcentage, de l'évaluation trimestrielle du personnel. Tout le personnel a été évalué à 60 %. Entrez le pourcentage selon les explications suivantes.

5	Grille d'évaluation individuelle trimestrielle	
	Evaluation	**Toutes catégories**
	Score d'évaluation entre 0% et 100%	SCORE en % x 0,35

Question 6 : *Trouvez-vous les pourcentages ainsi que la pondération pour l'évaluation trimestrielle raisonnables ? Donnez vos opinions et suggestions. Quelles méthodes d'auto-évaluation suggérez-vous ?*

Question 7 : *Quelle est la somme de tous les points (ou pourcentages) gagnés par les 14 membres du CS IBO ? .....*

Exercice 7 : Entrez en EXCEL, dans la feuille « Recettes & dépenses », les dépenses suivantes. Fonctionnement CS : $ 100. En septembre, les sous-contrats ont couté $ 200. Les autres catégories de dépenses sont : achat de médicaments $ 300, investissements $ 200, marketing social $ 40.

Exercice 8 : Quelle « enveloppe pour la prime de performance » (cellule C23) le logiciel Excel génère-t-il automatiquement et « quel indice du mois » (Cellule C 26) avez-vous trouvé ?

Exercice 9 : Est-ce que le total des salaires de base et l'enveloppe pour la prime de performance excède 60 % des dépenses du CS IBO ?

Exercice 10 : Quel est le salaire de base et quelle est la prime de performance du mois de septembre pour le titulaire et la caissière ? ....

Exercice 11 : Le CS IBO a une réserve bancaire de $ 2 000. Entrez ce montant dans la cellule C 36 de la feuille « dépenses et recettes ». A combien de jours de fonctionnement cela correspond-il. Est-ce prudent ?

Question finale : *Quelle est votre opinion sur ce système « indice » et pensez-vous que le système soit applicable dans votre lieu de travail ?*

11. INTERACTION COMMUNAUTE – PRESTATAIRE & MARKETING SOCIAL

Dr Juvénal NDAYISHIMIYE & Claude WILONDJA

11.1 Objectifs

- Expliquer la théorie et l'intérêt de l'interaction communauté-prestataire : renforcement de la voix de la population et du marketing social
- Expliquer le processus et les outils de vérification dans la population

11.2 Théories concernant le renforcement de la voix de la population

Selon les principes des *Soins de la Santé Primaire de la Conférence d'Alma Ata de 1978* sur la « participation communautaire », le Comité de Santé est composé de membres élus de chaque village, colline ou quartier pour s'occuper des activités sanitaires et du développement intégré au niveau de l'Aire d'Attraction. Les membres du comité de santé jouent de deux manières le rôle de partenaires des services de santé et d'interface (*pont*) entre les services de santé et la communauté : (a) amener les services de santé vers la population ; (b) amener la population vers les services de santé.

La principale *critique sur cette interprétation traditionnelle de la participation communautaire* reposait sur le fait que, dans la pratique, les membres du COSA étaient souvent plus liés à la formation sanitaire pour des raisons d'intérêts privés. Autre critique : le plafonnement par l'Etat ou la gratuité de la tarification du recouvrement des coûts d'une formation sanitaire provoque des effets économiques de marché noir. En théorie, un prix en dessous de l'équilibre crée des effets de marché noir comme notamment du personnel mécontent, des vols de médicaments, un mauvais accueil des patients et la mauvaise qualité de soins. Dans le système traditionnel, il est suggéré de corriger ces effets de marché noir par l'intermédiaire de membres des Comités de Santé qui agissent en policier à l'égard du personnel de la FOSA et rapportent les problèmes enregistrés aux autorités et à la communauté. Dans cette logique, certains membres du COSA sont intégrés dans le Comité de Gestion de la formation sanitaire et ont le droit de contrôler la gestion financière et les contributions comme les médicaments.

Dans le système PBF, le comité de santé est aussi considéré comme un élément important de liaison avec la communauté chargée de l'exécution des programmes communautaires et de la négociation sur la tarification. Par contre, dans la logique du PBF, ces membres ne sont plus directement impliqués dans la gestion journalière de la formation sanitaire publique, mais plutôt dans l'orientation du personnel de santé et dans le signalement des difficultés aux autorités. Dans le PBF, en appliquant la théorie du « Choix Public », les intérêts privés des membres du COSA et des autres organisations de relais communautaires (groupes religieux, ONG locales, agents de santé communautaires, accoucheuses traditionnelles) ne doivent pas être oubliés. C'est pourquoi des dépenses de motivation pour le marketing social de 3-8 % des recettes de la FOSA sont justifiées pour atteindre des objectifs communautaires spécifiques (promotion, information, mobilisation). Le choix des méthodes de marketing social à appliquer relève de la cuisine interne (boîte noire) de chaque formation sanitaire.

11.3 Marketing et Marketing Social

L'objectif principal du marketing social est de promouvoir les objectifs sociaux, alors que l'objectif principal du marketing commercial est d'abord financier. Toutefois, cela ne signifie pas que les spécialistes du marketing commercial ne peuvent pas contribuer à la réalisation d'objectifs sociaux. Afin de mieux comprendre le marketing social, il est utile de comprendre certains principes du marketing.

Le marketing : processus social par lequel les individus et les groupes obtiennent ce qu'ils désirent et ce dont ils ont besoin en créant et en échangeant des produits et valeurs avec les autres.

Le marketing et **les quatre P**. Les producteurs peuvent influencer le choix du consommateur d'acheter des biens ou des services. Toutes ces actions ensemble représentent un « mélange de commercialisation» contenant les quatre éléments : produit, prix, placement et promotion.

- **Produit :** l'aspect marketing du produit traite les spécifications des biens réels ou des services, et la manière dont ils se rapportent aux besoins de l'utilisateur
- **Prix :** il fait référence à un processus de configuration d'un prix pour un produit
- **Placement** (ou distribution) : fait référence à la façon dont le produit est distribué au client. Ce troisième P a aussi été appelé Place, se référant à la voie par laquelle un produit ou service est vendu (par exemple, en gros ou au détail), à la région géographique ou à l'industrie, au segment (jeunes adultes, familles, hommes/femmes d'affaires)
- **Promotion :** ceci inclut la publicité, la vente, y compris le personnel de vente

Le **Marketing Social** est l'application systématique de la commercialisation, ainsi que d'autres concepts et techniques, pour atteindre les objectifs spécifiques en matière de comportement pour un bien social. Le Marketing social peut promouvoir les marchandises avec des externalités positives (biens de mérite), ou faire en sorte qu'une société évite les marchandises ayant des externalités négatives de manière à promouvoir le bien-être de la société dans son ensemble. Exemples : l'interdiction de fumer dans les zones publiques, imposer le port des ceintures de sécurité ou faire respecter les limites de vitesse.

Les **quatre « P »** supplémentaires du **marketing social**
Public : les spécialistes du marketing social identifient souvent de nombreux auditoires (publics) à qui ils doivent s'adresser pour que leur programme réussisse
Partenariat : les questions sociales et sanitaires sont souvent si complexes qu'un seul acteur ne peut pas avoir un impact. Il faut engager des partenariats avec d'autres organisations pour être efficace. Les acteurs doivent déterminer quels autres organismes ont des buts similaires - pas nécessairement les mêmes objectifs - et identifier des moyens pour travailler ensemble
Politique : les programmes de marketing social peuvent changer le comportement individuel, mais c'est difficile de soutenir ce changement, à moins que l'environnement ne change également. Souvent, un changement de politique générale est nécessaire (d'autres programmes sociaux ou les médias qui peuvent être un complément)
Poche d'argent : les entreprises qui développent des programmes de marketing social fonctionnent grâce à des fonds fournis par des fondations, à des subventions gouvernementales ou à des dons. Cette option ajoute une autre dimension à la stratégie de développement - à savoir, où obtenir l'argent pour créer un programme

11.4 Marketing social dans le PBF

Le marketing social dans les interventions PBF concerne le changement de comportement de la population, comme l'utilisation des latrines pour prévenir les maladies transmissibles ou la modification du comportement sexuel pour prévenir le VIH/SIDA. Il peut également annoncer des services nouvellement introduits tels que le planning familial. Le marketing social a besoin de ressources et dans le cadre d'interventions PBF en santé, les gestionnaires sont encouragés à élaborer des stratégies, à impliquer tous les acteurs du changement dans leur aire de santé et à les motiver avec des primes d'encouragement. Les membres des comités des centres de santé ou des conseils d'hôpitaux peuvent également recevoir des bonus pour les activités spécifiques dans la communauté. Toutefois, le fait d'être membre d'un comité ou d'assister aux réunions ne donne pas automatiquement droit au bonus. Des incitations similaires peuvent être convenues avec les agents de santé du village et avec les accoucheuses traditionnelles, pour encourager les femmes à accoucher dans une formation sanitaire ou à faire appel aux services de planning familial. Des stratégies efficaces de marketing social peuvent exiger du personnel de santé de faire des visites à la maison. Pour soutenir les changements, il est souvent important de cibler les leaders religieux et politiques.

Cependant, aucune stratégie de marketing social n'est « bonne » ou « mauvaise ». Dans une aire de santé spécifique, il peut être efficace d'impliquer les membres du comité de santé, alors que dans une autre il est préférable de travailler avec des groupes religieux ou d'utiliser la radio locale. Mieux vaut développer localement différentes stratégies. Les gestionnaires de santé doivent donc être des innovateurs et des entrepreneurs qui identifient les opportunités, sont capables d'analyser les problèmes locaux et de devenir des agents de changement dans leur communauté.

11.5 Les associations locales pour les enquêtes communautaires

Le renforcement de la voix de la population est crucial pour la réussite du financement basé sur la performance. Un premier instrument permettant d'exprimer des opinions et préférences est le libre choix du patient pour les prestataires de services de santé. Les patients ont un certain pouvoir puisqu'ils paient directement pour les services et que les prestataires doivent entrer en concurrence pour attirer les consommateurs. Le tiers payant (agences d'achat ou compagnies d'assurance maladie) peut avoir un effet similaire.

Pour que le système PBF soit efficace, il est également important de vérifier et d'auditer au niveau du ménage si les services ont réellement eu lieu et si les données des registres des formations sanitaires n'ont pas été falsifiées. Pour ces deux raisons, le gouvernement et les bailleurs doivent systématiquement réserver une partie du budget au renforcement de la voix des consommateurs et vérifier les services de santé auprès des ménages. Par conséquent, au Rwanda, au Burundi et en RDC, un système de sélection des associations locales dans l'aire de chaque formation sanitaire a été développé. Les associations locales collectent des informations provenant des ménages mais n'ont aucune relation directe avec le personnel de centres de santé pour garantir leur indépendance. Les associations locales ont des contrats de performance avec les agences d'achat de performance, ce qui différencie l'approche du système de participation communautaire traditionnel avec des comités de santé volontaires travaillant directement avec les établissements de santé.

Les associations locales mènent les activités suivantes :
(1) Tous les trois mois, elles vérifient auprès des patients dans quelle mesure les activités, pour lesquelles l'agence d'achat verse des subsides aux formations sanitaires, ont effectivement eu lieu. La vérification est effectuée sur la base d'un échantillon (à partir des registres des formations sanitaires) représentant 2-3 % de tous les patients qui ont visité la formation sanitaire au cours des trois derniers mois. L'échantillonnage se fait par un vérificateur communautaire de l'agence d'achat d'après lequel il organise les enquêtes avec les ONG locales.
(2) Les enquêteurs du groupe communautaire examinent également la satisfaction des patients concernant les services effectués dans la formation sanitaire. Cette information aide les agences d'achat et les autorités sanitaires locales lors des négociations de renouvellement de contrat avec les établissements de santé. Les résultats ont des effets immédiats lors du renouvellement de contrat. Des plaintes justifiées des patients et leurs recommandations sont présentées aux gestionnaires des formations sanitaires concernées. Les résultats des enquêtes de satisfaction des patients peuvent également être présentés par l'agence d'achat et les autorités de santé au cours des réunions avec tous les représentants des formations sanitaires. Au cours de ces réunions, les représentants des associations communautaires ne sont pas présents. Cette séparation entre les formations sanitaires et les groupes communautaires permet d'assurer l'indépendance des groupes communautaires.

Choix de l'association locale
L'AAP sélectionne une seule association locale (ASLO) par centre de santé avec un contrat principal. Le choix s'opère de préférence parmi des associations qui ont des objectifs liés à des actions relatives à la lutte contre la pauvreté, à la santé en général, à la santé reproductive. L'association locale qui signe le contrat doit être agréée par les autorités, ou à défaut être reconnue par la commune et avoir au moins deux années d'existence. **L'association ne doit pas avoir de lien avec la structure de santé de l'Aire de Santé** à contrôler afin d'éviter tout conflit d'intérêt.

Choix des enquêteurs
L'ASLO sélectionnée propose des enquêteurs parmi ses membres. Le vérificateur de l'AAP sélectionne tout au plus quatre enquêteurs par aire de santé, dont une femme pour l'enquête sur le planning familial (spécialement formée dans ce but). Les enquêteurs sont formés de manière à garantir la confidentialité de leurs travaux.

Le choix des enquêteurs est basé sur les critères suivants : (a) Bien lire, écrire et comprendre la langue locale, la connaissance du français étant un atout ; (b) Etre disponible pendant environ 6 jours par trimestre pour faire les enquêtes ; (c) Etre capable et avoir la volonté de se déplacer dans des ménages situés à deux heures de marche, à pied ou avec ses propres moyens de transport (par exemple bicyclette) ; (d) Etre capable d'accomplir ses tâches dans une atmosphère familiale avec fidélité, discipline, franchise et intégrité.

Choix des ménages à enquêter (patients à contrôler)
Le vérificateur communautaire de l'AAP tire au sort, dans les registres de la FOSA, les patients à contrôler au cours de la visite mensuelle de vérification des données et ce, en relation avec les activités subventionnées. Les titulaires des centres de santé rendent disponibles tous les registres de l'aire de santé, y compris ceux des formations sanitaires sous-contractantes. Ce choix se fait parmi les données relatives aux 90 jours qui précédent la visite. Si les ménages des patients choisis habitent à plus de deux heures de marche, ou dans une autre aire de santé, le vérificateur demande à l'association locale la plus proche de visiter ce ménage.

Au cas où les patients proviennent d'un autre pays ou d'une province sans approche de contractualisation, il n'est pas possible de vérifier l'existence du patient. Si le nombre de patients tirés au sort et résidant à l'étranger ou dans de telles provinces semble anormalement important, il peut s'agir d'une réalité mais il faut tout de même écarter une possibilité de fraude de la part du centre de santé. Dans ce cas, le vérificateur peut seulement alerter les autorités au sujet de cette situation et tirer d'autres patients au sort.

Le vérificateur tire au sort un échantillon de 60 à 90 patients par aire de santé, suivant l'importance du PMA et du PCA effectué par les FOSA correspondantes (centre de santé et hôpital). L'importance relative des services dans le tirage au sort dépend du volume d'activités de ces services. Par exemple :

1. Consultations Externes	16
2. Hospitalisations	8
3. Vaccinations	8
4. Accouchements institutionnels	8
5. Vente de moustiquaires	5
6. Visites CPN	10
7. Patients graves référés	10
TOTAL	**65**

Réalisation de l'enquête communautaire
Les vérificateurs de l'AAP remplissent une fiche d'échantillonnage résumant toutes les données au sujet du patient et les prestations fournies par la FOSA (jour de visite, durée d'hospitalisation, examens de labo, etc.) et ils gardent cette fiche. Les vérificateurs remettent à l'association locale des fiches d'enquête reprenant seulement les détails nécessaires pour retrouver les patients à interroger (nom et prénom, groupement, localité et village de provenance, chef de famille) et les éléments d'enquête à vérifier au sujet du patient.

En distinguant ainsi fiches d'échantillonnage et fiches d'enquêtes, le vérificateur détient des informations que les enquêteurs ne peuvent pas connaître sans visiter le ménage et sans parler avec le patient ou au moins avec un membre de son ménage (âge du patient, date du contact avec la FOSA, la durée d'hospitalisation, les examens de laboratoire effectués, le sexe de l'enfant vacciné, avancée de la grossesse). Une part de l'information recueillie par l'enquêteur a donc pour objet de permettre au vérificateur de s'assurer que l'enquêteur a bien visité les ménages à enquêter.

Contrat avec l'association locale
L'AAP signe un contrat avec l'ASLO choisie. Ce contrat porte sur la réalisation, tous les trois mois, par cette association, d'enquêtes dans la communauté visant à : i) vérifier l'existence des personnes enregistrées comme utilisatrices par les centres de santé et les hôpitaux ; ii) vérifier la réalité des prestations déclarées par ces FOSA dans le cadre de la contractualisation ; iii) estimer les coûts moyens des prestations, la perception de ces coûts par les utilisateurs et la satisfaction de la population concernant les prestations fournies par le centre de santé et l'hôpital ; iv) prendre note des suggestions d'amélioration émises par la population. Le contrat entre l'AAP et l'ASLO peut être résilié en cas de non-exécution ou de grand retard dans l'exécution d'une enquête, en cas de mauvaise qualité des enquêtes, ou de fraudes dans le remplissage des questionnaires.

11.6 Système d'exploitation et analyse des données de l'enquête

Le dépouillement doit être réalisé manuellement puis par fichier Excel. Après le dépouillement, les informations à recueillir sont classées, interprétées et analysées en cinq catégories :

1. Vérification de l'existence des patients et des prestations déclarées dans les ménages

Il faut comparer le nombre de patients confirmés avec l'échantillon tiré, et le nombre de prestations confirmées par les patients avec le nombre de prestations déclarées dans les registres au niveau des centres de santé.

Patients effectivement interviewés par aire de santé pour les actes de soins dans le trimestre

Aire d'attraction	Echantillon tiré	Patients interrogés (n)	%	Patients non interrogés	%
1					
2					
3					

Raison des patients non interrogés par aire de santé

Raisons	Aire d'attraction 1	Aire d'attraction 2	Aire d'attraction 3
Patients non visités			
Questionnaires mal remplis			
Patients inexistants			
Total des patients non interrogés			

2. Coûts des soins payés par les patients

Il faut également comparer le coût de l'acte payé par le patient avec le coût de l'acte selon la tarification du centre de santé. Selon les indicateurs de l'échantillon, le coût de certaines activités est supporté par le patient : les soins curatifs, les accouchements assistés et l'hospitalisation. La vaccination des enfants est en principe gratuite.

Coût moyen des soins payés par aire de santé par acte de soins (en Francs ou US dollars)

Aire d'attraction	Patients consultés/ interrogés	Patients ayant payé (n)	%	Coûts payés	Coût moyen par acte de soins
1					
2					
3					

3. L'appréciation des coûts par les utilisateurs

Il faut recueillir l'opinion des utilisateurs sur les coûts des soins après le réajustement des tarifs et évaluer si les prix ainsi diminués sont devenus plus accessibles aux plus pauvres.

Appréciation des coûts par les utilisateurs par aire de santé et acte de soins

Aire d'attraction	Patients ayant payé	Coût trop élevé selon les patients (n)	%	Soins payés avec difficultés	%
1					
2					
3					

Corrélation entre les tarifs appliqués par aire de santé et par acte et le pourcentage des utilisateurs ayant payé avec difficulté

Aire d'attraction	Coût moyen par acte de soins		% de patients ayant payé avec difficulté	
	Consultation externe	Accouchement	Consultation externe	Accouchement
1				
2				
3				

4. L'appréciation des prestations des centres de santé par les utilisateurs

L'appréciation des prestations cherche à mesurer la satisfaction des utilisateurs vis-à-vis des soins reçus et évaluer si l'action entreprise a eu un effet positif sur les utilisateurs.

Appréciations des prestations de la population par acte de soins

Aire d'attraction	Patients enquêtés	Patients satisfaits (n)	%	Patients non satisfaits	%
1					
2					
3					

5. Les suggestions des utilisateurs pour améliorer la qualité des soins et l'accessibilité

On cherche à recueillir les suggestions des utilisateurs et à les classer par ordre d'importance. Ces suggestions sont ensuite transmises aux formations sanitaires, aux décideurs et aux responsables sanitaires pour les comparer à la réalité et les intégrer dans les prochains plans de développement.

Les principales suggestions faites par les utilisateurs des services de santé

Suggestions	Aire d'attraction 1	Aire d'attraction 2	Aire d'attraction 3
Améliorer les équipements			
Améliorer les bâtiments			
Réduire les prix			
Augmenter les médicaments			
Améliorer le personnel et l'accueil			

11.7 Quelques exemples de fiches d'échantillonnage et de fiches d'enquête communautaire :

A. Exemples de fiches du vérificateur

1. CONSULTATIONS EXTERNES (partie vérificateur)

Echan-tillon	Date	N°	Nom	Prénom	0-11	1-4	5-14	> 14	Sexe	Secteur	Cellule/ Sous colline	Chef de famille	A	HA	HP	Examens de labo
1																
2																

2. HOSPITALISATIONS (partie vérificateur)

Echan-tillon	No. d'entr ants	No. Regis de CE	Nom	Prénom	Secteur/ Colline	Cellule/ Sous colline	Chef de famille	Age	Sexe	A/AH/HP	Journées d'Hosp
1											
2											

3. ENFANTS COMPLETEMENT VACCINÉS (partie vérificateur)

Echan-tillon	No. du registre	Nom de l'enfant	Sexe	Nom du père	Nom de la mère	Secteur/ Colline	Cellule/ Sous colline	Date de VAR	Date de naissance
1									
2									
3									

12. ELABORATION D'UN PROJET PBF ET LE PLAIDOYER

Sosthène HICUBURUNDI, Dr Michel BOSSUYT

12.1 Objectifs

- Etre capable de préparer un protocole d'accord entre les acteurs principaux et d'établir une proposition pour une intervention PBF
- Etre capable de faire le plaidoyer pour le PBF

12.2 Le début d'un programme PBF

Au début d'un projet PBF, plusieurs formes de résistance au changement peuvent apparaître : (a) manque de connaissance sur le nouveau système et peur de l'inconnu ; (b) manque de volonté de changer des méthodes utilisées depuis de nombreuses années ; (c) peur de perdre le pouvoir. D'autres problèmes liés au changement sont décrits dans le chapitre 8. Ces contraintes doivent être identifiées puis, pendant une phase de brainstorming, il convient de déterminer dans quelle mesure il est possible de démarrer une nouvelle intervention PBF.

12.3 Le démarrage d'un projet PBF : la phase de négociation

Qui doit prendre l'initiative d'une intervention PBF ? Un promoteur du PBF doit avoir l'étoffe d'un « leader », mais aussi d'un « négociateur » qui peut rassembler différents points de vue sans toutefois renier les grands principes PBF. Lors de la préparation de l'intervention PBF, et même après le démarrage de l'intervention, il est recommandé de ne pas tenter de régler trop de détails, mais plutôt de discuter des grandes lignes du programme et des meilleures pratiques PBF. Certains détails peuvent être réglés ultérieurement. Il faut expliquer que le PBF n'est pas une « révolution » mais plutôt un changement progressif basé sur la recherche-action et des expériences pilotes, une approche « pas par pas ». Il faut également éviter les débats sur « qui contrôle l'argent ? ». Ce rôle doit être réservé à l'acteur disponible capable de développer des contrats de performance, de procéder à la vérification, et qui bénéficie de la confiance des autorités ainsi que des bailleurs de fonds. Toutes les organisations ne sont pas automatiquement aptes à jouer le rôle d'une agence d'achat de performance. Par exemple la Commission Européenne a des procédures très strictes qui obligent les organisations à avoir d'importantes ressources propres et à se qualifier pour pouvoir canaliser leurs fonds.

Les contraintes peuvent également se transformer en **hypothèse fatale**. Une hypothèse fatale signifie que, sans la condition donnée, le projet ne peut avoir lieu. Par exemple, si une organisation souhaite démarrer une intervention PBF mais qu'elle n'accepte pas d'offrir un budget minimum de $ 2,00 par personne par année, la réussite du projet est quasi impossible. Une autre organisation d'aide peut ne pas accepter de verser des subsides en espèces pour des raisons de procédures et n'autoriser que des paiements en nature, sous forme de médicaments par exemple. Les autorités locales peuvent ne pas accepter la séparation des fonctions et insister pour gérer seules les fonds. Il n'est pas sage de démarrer le projet avant que ces problèmes ne soient résolus. Il est parfois préférable d'arrêter les négociations et d'attendre une autre occasion. Une autre stratégie de négociation peut être l'application d'un « plan B », tel que la négociation de l'intervention dans une autre zone géographique.

Un organisme d'aide ou une ONG peut prétendre travailler depuis plusieurs années dans des provinces géographiquement dispersées. Cependant, le PBF vise à développer des interventions de santé de manière horizontale en incluant tout le paquet d'activités, ce qui nécessite des ressources suffisantes par habitant dans une zone géographique donnée. Ainsi, en raison de ce changement d'orientation, il devient difficile de servir plusieurs zones géographiques et il n'est pas rationnel que la plus grande partie des ressources disponibles serve à couvrir les frais administratifs. Une autre ONG peut chercher principalement à « planter son drapeau » dans un maximum de régions pour des raisons de visibilité. Ces différentes problématiques nécessitent des changements d'attitude majeurs dans les organisations. Ces problèmes sont difficiles à gérer mais il est important de les relever.

12.4 Le protocole d'accord pour le canevas d'une intervention PBF

Lorsque les négociations sont favorables, elles se clôturent par un protocole d'accord de 2-3 pages sur les principes accordés. Le montage d'une Agence d'Achat est crucial pour le succès d'un programme PBF. Dans la pratique, chaque situation ou province peut nécessiter une solution spécifique. Il faut donc éviter que l'Etat ou les principaux bailleurs imposent des solutions institutionnelles centralisées avec des modèles théoriques qui ne sont pas testés dans la pratique.

Il vaut mieux commencer le processus de l'achat de performance avec un acteur déjà implanté puis examiner dans la pratique le montage institutionnel le mieux adapté en respectant **la séparation entre le régulateur et l'agence d'achat**. L'expérience avec le PBF dans d'autres pays montre que les aspects institutionnels et les conditions externes d'un projet PBF changent souvent en cours de projet. Il faut donc éviter d'émettre trop d'hypothèses et de vouloir régler trop de détails au début car cela pourrait bloquer l'évolution du programme.

Canevas pour un Protocole d'Accord avant le lancement d'une intervention PBF : Introduction
Ce protocole d'accord contient les résultats des discussions qui ont eu lieu entre l'équipe xxx, les autorités de santé de la province de xxx, les BCZS et le consultant de l'ONG pour analyser la possibilité d'une collaboration future dans le cadre de l'approche contractuelle dans la Province de xxx.

Accords sur les principes de la collaboration
Nous avons réuni les préalables suivants pour la possibilité d'une nouvelle collaboration dans le cadre d'un financement sur la base des performances (l'approche contractuelle) entre xxxx, et xxxx:

1. Chercher une structure institutionnelle dans la province qui **sépare les fonctions suivantes** :
   a) La régulation (inspection provinciale, bureau central de la zone de santé). Son rôle principal dans le système sanitaire du pays est d'assurer la qualité, de faire le suivi et de faire respecter les procédures nationales et la politique sanitaire ainsi que le suivi et l'octroi des licences d'exercice pour le secteur privé
   b) Le financement (qui pourrait être assuré par le xxx et ses partenaires). La responsabilité du suivi et de l'audit des fonds publics (y inclus des bailleurs) sera prise par une organisation autonome. Néanmoins, cette Agence d'Achat autonome fonctionne sous le contrôle de la régulation et, en cas de problème, elle peut perdre son contrat et être remplacée par une autre organisation qui assure le rôle du financement
   c) Les prestataires de services (centres de santé, dispensaires, hôpitaux, mais potentiellement aussi des écoles primaires, groupes de développement rural, ou autres ...). Les prestataires sont encouragés à organiser leurs activités de manière autonome pour renforcer leur responsabilité à rendre disponible les Paquets Minimum et Complémentaires de Santé ou autres activités
   d) Renforcer la voix de la population à travers des enquêtes de satisfaction de la population (associations locales) sur les services rendus par les structures de santé. Cela assure le choix de la population pour les prestataires. Cette séparation du volet communautaire sert aussi à mieux comprendre les problèmes dans chaque milieu et à trouver des solutions adaptées aux conditions locales

   Les acteurs doivent assumer leurs responsabilités réciproques mais aussi collaborer dans l'objectif de proposer à la population des services de santé de qualité. Ces services sont bien définis dans les Objectifs du Millénaire ainsi que dans les Paquets Minimum et Complémentaires d'Activités. Les objectifs de cette séparation sont d'assurer la transparence et de créer une capacité de suivi et de vérification sur le terrain pour garantir la bonne utilisation des fonds publics.

2. Respect du paquet minimum d'activités comme défini par le Ministère de la Santé dans sa globalité qui inclut les services du **planning familial moderne**

3. Assurance que l'argent public de l'approche contractuelle est utilisé pour l'achat du Paquet Minimum d'Activités pour **l'ensemble des partenaires efficaces** d'origine **publique, privée lucrative ou privée non-lucrative**. Ainsi les subsides pour l'achat de services bénéficient aux prestataires les plus compétents ou actifs dans une aire ou zone de santé

4. Le paiement des structures est basé sur la performance en termes **de résultats** (consultation externe, accouchement, enfant scolarisé, moustiquaires distribuées, etc.), et en termes de **qualité de services** (respecter les normes du personnel qualifié, les normes des évacuations des déchets, la stérilisation, les équipements disponibles, etc.)

12.5 Plaidoyer pour le système de performance PBF

Le plaidoyer est un processus par lequel une cause ou un thème est pris en charge. Un groupe d'action visant à soutenir une cause ou un thème peut organiser une campagne de sensibilisation. Le lobbying consiste à faire pression afin d'influencer les décideurs à l'aide de procédures parfois non officielles. Le thème doit être bien défini, clair et généralement viser à défendre l'intérêt public. Les objectifs du thème doivent être objectivement vérifiables par des indicateurs SMART. Les promoteurs font un business plan qui identifie : (a) les acteurs ou les décideurs, qui détiennent le pouvoir de concrétiser les objectifs du plaidoyer ; (b) les actions pour atteindre l'objectif et ; (c) le calendrier pour la modification souhaitée.

Le plaidoyer PBF est le processus par lequel PBF est présenté comme une stratégie efficace visant à atteindre des fins sociales. Les acteurs peuvent être mis dans l'une des catégories suivantes : (a) les **alliés** qui recherchent également à innover ou à améliorer le développement tels que des ministères, certains bailleurs, des ONG, des partis politiques ; (b) les **adversaires**. Il peut s'agir de groupes ou individus qui ne sont pas informés, qui craignent le changement, qui sont principalement à la recherche de leurs intérêts privés ou qui pensent réellement que le PBF n'est pas un bon système ; (c) les **Indécis**. Ces groupes peuvent se révéler importants car ils peuvent influencer la prise de décision.

Les promoteurs du PBF préconisent de développer des stratégies : (a) pour renforcer l'appui au PBF parmi les alliés et pour conclure des alliances ; (b) pour neutraliser l'opposition par des campagnes d'information ou par la pression ; (c) pour convaincre les indécis. Les promoteurs doivent préparer des messages convaincants adaptés aux intérêts de l'acteur cible. Les canaux de communication appropriés doivent être identifiés pour faire passer le message à l'acteur cible (conférences, groupes de travail technique, débat public, cours PBF et rencontres avec les décideurs). Le business plan du plaidoyer, les stratégies et les activités sont ensuite mis en œuvre. Les principaux défenseurs surveillent et évaluent les activités et les objectifs liés au business plan du plaidoyer.

12.6 Exercice

- Un premier groupe fera le plaidoyer du **PBF au niveau central :** Présidence, MSP, directions centrales et programmes spécialisés, Ministère du Plan, Ministère de Finance
- Un deuxième groupe fera le plaidoyer du PBF au niveau des **bailleurs et des autorités religieuses**
- Un troisième groupe fera le plaidoyer du PBF **au niveau périphérique** (BPS, Bureau du Gouverneur, Titulaires CDRS, directeur hôpitaux). Chaque groupe élabore un plaidoyer spécifique du PBF

Les groupes répondront aux questions suivantes :
1. Le thème est le PBF. Quels sont les sous thèmes ?
2. Quel sont les objectifs et stratégies du plaidoyer du PBF ? (Business plan du plaidoyer du PBF)
3. Quels sont les acteurs à cibler ? (Décideurs, parties prenantes, alliés, adversaires, indécis).
4. Avec quelles organisations/individus constituer des alliances par niveau ?
5. Comment sera assuré le suivi des activités du plaidoyer par niveau ?
6. Comment évaluer si les objectifs du plaidoyer ont été atteints par niveau ?

Méthodologie : Jeu de rôle

13. MODULE - COSTING D'UN PROGRAMME PBF

Dr Canut NKUNZIMANA – Dr Robert SOETERS – Dr Peter Bob Peerenboom

13.1 Objectifs

- Tracer les grands contours d'un projet PBF en utilisant l'outil « costing »
- Maîtriser le logiciel EXCEL « costing »

13.2 Montage d'un nouveau projet PBF dans le logiciel Excel, « costing »

Le montage préliminaire d'un projet PBF est fait dans le logiciel EXCEL « costing », qui simule le budget nécessaire à partir des variables suivantes :

1. La population cible (*$ 1,20 par personne par an pour les PMA & PCA seulement pour les subsides des actes*)
2. Le coût de la vie, les salaires actuels du personnel, l'enclavement géographique et la pauvreté de la population. Ces facteurs justifient l'augmentation des subsides par acte et la rémunération du personnel
3. Quels indicateurs faut-il inclure dans le projet ? (*PMA - CS, PCA -hôpitaux, VIH/SIDA, éducation, développement rural*)
4. L'état de départ des infrastructures et de l'équipement. Si les infrastructures sont en mauvais état et si l'équipement est insuffisant, il est important de prévoir un budget pour accorder, au début de l'intervention, des prêts ou des avances sur la base des business plans infrastructure et/ou équipements
5. Le nombre d'Agences d'Achat : population cible minimum 200 000, maximum 600 000 ; la répartition des AAP est faite en tenant compte du découpage administratif. Si, pour des raisons géographiques ou politiques, plusieurs organisations titulaires ont besoin de fonds, les frais administratifs augmentent
6. La disponibilité du personnel qualifié. S'il est difficile de trouver du personnel qualifié à l'échelle nationale, par exemple si le PBF est nouveau dans un pays, il peut s'avérer nécessaire de recruter de l'expertise internationale. Cela augmente le coût de l'intervention
7. L'existence d'autres sources de financement › l'Etat – contributions du recouvrement de coûts – d'autres projets. Cela diminue le budget PBF à chercher
8. L'existence d'un système de financement basé sur la gratuité ou des tarifs de recouvrement de coûts nominaux. Cela réduit les revenus des formations sanitaires provenant du recouvrement de coûts et nécessite donc un budget PBF plus élevé

En utilisant l'outil « costing » on peut dessiner très rapidement (quelques heures de travail) les grands contours d'un nouveau projet PBF. En estimant les variables des prix, le budget approximatif peut être calculé pour une population cible. Cette analyse rapide permet aux promoteurs du PBF de décider de poursuivre ou non le processus de négociation. Il est important de s'assurer que la proposition est financièrement viable et qu'il n'y a aucune attente irréaliste. Au moins 70 % du budget doit couvrir les subventions directes aux formations sanitaires (et les écoles), aux associations locales, à l'amélioration des infrastructures et à la formation. Les frais administratifs (agence d'achat, aide technique, coordination ONG) ne doivent pas dépasser 30 % du budget. L'instrument « costing » peut ensuite être utilisé pour discuter de la collaboration envisagée avec les principaux acteurs tels que le ministère de la santé et les bailleurs des fonds.

13.3 L'instrument de costing

Les rubriques du costing sont les suivantes :

1. **Ressources humaines** liées à l'Agence d'Achat et l'assistance technique. Pour une intervention suivie au niveau national, un budget peut être prévu pour l'accompagnement du programme PBF
2. La rubrique **investissement** peut inclure des voitures, motos, ordinateurs et une connexion Internet liés à l'Agence d'Achat, mais aussi des investissements qui peuvent être accordés dans les Business plans pour le développement accéléré des structures de santé ou des infrastructures nécessaires pour la régulation
3. La rubrique **amélioration de la prestation** peut concerner :
   - Le Paquet Minimum d'Activités (PMA) dans les Aires de Santé,
   - Le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dans les hôpitaux
   - Si le programme est multisectoriel, on peut penser à un Paquet Scolaire qui inclut en particulier la scolarisation des filles et des garçons scolarisables et l'éducation à la vie
   - Par ailleurs, en RDC, un Paquet de Développement Rural peut inclure l'aménagement des routes et de petits ponts, des microprojets locaux adaptés aux besoins et réalités du milieu

4. Renforcement de la **régulation** au niveau de la province et amélioration de la **qualité de soins**
5. **Renforcement de la voix de la population** à travers des associations locales
6. **Fonctionnement de l'Agence d'Achat**
7. **Formation**

Un exemple du fichier EXCEL « proposition synthèse du costing » est illustré dans le tableau ci-dessous contenant les principales lignes de budget PBF.

Détails du budget		Budget Première Année	Budget 2ème Année	Budget TOTAL	Total	%	Dép. par pers par an
Coûts directs							
Ressources humaines					**€ 189.658**	**12,5%**	**$0,49**
1.1	Personnel expatrié Agence d'Achat	€ 33.000	€ 33.000	€ 66.000			
1.2	Personnel local Agence d'Achat	€ 42.829	€ 42.829	€ 85.658			
1.3	Appui technique	€ 19.000	€ 19.000	€ 38.000			
Investissements					**€ 249.605**	**16,4%**	**$0,65**
2.1	Accélération réhabilitation infrastructure	€ 66.920	€ 100.381	€ 167.301			
2.2	Investissements Agence d'Achat	€ 32.922	€ 49.382	€ 82.304			
Amélioration des prestations de services					**€ 834.592**	**55,0%**	**$2,17**
3.1	Subsides pour le PMA	€ 137.706	€ 167.099	€ 304.805			**$0,79**
3.2	Subsides pour le PCA (HGR)	€ 36.201	€ 61.334	€ 97.535			**$0,25**
3.3	Amélioration de la scolarisation	€ 154.359	€ 261.740	€ 416.099			**$1,08**
3.4	Actions communautaires	€ 8.077	€ 8.077	€ 16.153			**$0,04**
Régulation - Assurance qualité					**€ 70.208**	**4,6%**	**$0,18**
4.1	Bureau Central Zone de Santé	€ 23.566	€ 23.566	€ 47.132			**$0,12**
4.2	Inspection Provinciale	€ 11.538	€ 11.538	€ 23.076			**$0,06**
Renforcer la voix de la population					**€ 48.737**	**3,2%**	**$0,13**
5.1	Vérification & enquêtes satisfaction	€ 24.369	€ 24.369	€ 48.737			**$0,13**
Coût de fonctionnement Agence d'Achat					**€ 73.843**	**4,9%**	**$0,19**
6.1	Toutes rubriques	€ 36.922	€ 36.922	€ 73.843			
Formation					**€ 51.536**	**3,4%**	**$0,13**
7.1	Toutes rubriques	€ 33.498	€ 18.038	€ 51.536			
	TOTAL :			**€ 1.518.179**	**€ 66.000**	**100%**	**$3,95**

Tableau 10 : Résumé du costing pour un projet PBF multisectoriel de deux ans - population 250 000

Ce format standard PBF doit parfois être adapté au format spécifique exigé par un bailleur tel que l'Union Européenne. Toutefois, il est préférable de négocier avec l'outil costing PBF car une fois que cet outil est mis au point, le budget peut être adapté en quelques minutes si des hypothèses (p.ex. la population cible) viennent à changer rapidement. Lorsqu'au cours des négociations il devient clair que l'organisme d'aide n'est pas intéressé, la perte de temps est minime. C'est uniquement si les négociations initiales ont été prometteuses qu'il est intéressant et utile de mettre au point les détails et d'adapter les estimations du costing au format des bailleurs de fonds comme l'Union Européenne.

Costing détaillé par indicateur : Lle tableau suivant montre une partie détaillée du costing dans le format standard en EXCEL. Exemple : pour les consultations externes l'indicateur pour les adultes suppose que ceux-ci constituent 70 % de toutes les consultations, que chaque personne visite l'établissement de santé une fois par an (d'où la division par 12). Le logiciel fournit la cible mensuelle. Nous supposons ensuite que lors du premier trimestre de mise en œuvre du PBF, 50 % de cet objectif sera atteint. Le paiement de la subvention comprend une prime d'isolement de 15 % – prime d'équité.

Population:	1.150.000					
Bonus d'Equité/Isolation:	15%					
Activités Paquet Minimum d'Activités	Calcul de la cible par mois	Cible mensuel	Subside de base	Bonus Isolation - équité 15%	% achev-cible	1er Trimo9 budget
Consultations (nouveau cas) - adultes	population / 12 x 70%	67.083	$ 0,20	$ 0,23	50%	$ 23.144
Consultations (nouveau cas) - enfants	population / 12 x 30%	28.750	$ 0,40	$ 0,46	50%	$ 19.838
Journées d'hospitalisation	pop / 1000 x 0,5 x 30 jours	17.250	$ 0,70	$ 0,81	50%	$ 20.829
Référence des patients graves	pop / 12 x 4%	3.833	$ 1,00	$ 1,15	50%	$ 6.613
Chirurgie mineure	pop x 1% / 12	958	$ 0,50	$ 0,58	70%	$ 1.157
PEV: Enfants complètement vaccinés	pop x 3,94% / 12 x 100%	3.776	$ 1,50	$ 1,15	100%	$ 19.540
VAT 2 - 5: femmes enceintes protégées	pop x 4,3%/ 12	4.121	$ 0,50	$ 0,58	100%	$ 7.108
Accouchement assisté dans FOSA	pop x 4,3%/ 12 x 80%	3.297	$ 2,50	$ 2,88	50%	$ 14.217
CPN: Nouvelles + visites standard	pop x 4,3%/ 12 x 80% x 4	13.183	$ 0,50	$ 0,58	50%	$ 11.370
PF: TOTAL Nouveaux cas + anciens pilule/ injection	pop x 21% / 12 x 20%	16.100	$ 1,75	$ 2,01	20%	$ 19.441
PF: Implant ou DIU 2% par an	pop x 21% / 12 x 2%	403	$ 5,00	$ 5,75	40%	$ 2.777
PF: Ligature de trompes / vasectomie référée & arrivée à l'hôpital	pop x 21% / 12 x 1%	201	$ 1,00	$ 1,15	20%	$ 139
Diagnose et traitement de l'IST	pop / 12 x 5%	4.792	$ 0,50	$ 0,58	20%	$ 1.653
Diagnose adéquate du TB (3 sputums)	pop / 100.000 x 150 / 12	144	$ 10,00	$ 11,50	50%	$ 2.480
TBC Patients traités avec BK - après 6 mois	pop / 100.000 x 150 / 12	144	$ 23,00	$ 23,00	50%	$ 4.959

13.4 Développer une proposition PBF détaillée

Une fois qu'il y a de bonnes chances d'obtenir un financement, l'organisation effectuant l'intervention PBF peut faire une proposition détaillée qui peut contenir les éléments suivants :

- Description des 8 meilleures pratiques PBF
- Présentation des conclusions et expériences des projets PBF pilotes comparables
- Description des activités proposées (PMA / PCA/ VIH / développement scolaire / rural / d'autres?)
- Objectif principal du programme, cadre logique et hypothèses d'intervention avec analyse des risques
- Montage scientifique du programme avec une étude de base et une étude d'évaluation
- Montage institutionnel du programme dans le contexte de la séparation des fonctions (canalisation de fonds – régulation – prestation de services –voix de la population)
- Description de la phase de démarrage du projet et la manière de former les principaux acteurs du terrain
- Costing et budget par habitant et par an
- Description de la pérennité du programme– partenariat avec les acteurs nationaux

13.5 Le montage scientifique du projet PBF

En général, un montage scientifique dans les programmes PBF inclut des enquêtes auprès des ménages, la mise sur carte des formations sanitaires gouvernementales, religieuses et lucratives privées ainsi que des études de qualité professionnelle. Les études évaluent l'impact de l'intervention dans les zones de contrôle et identifient les sujets pour des recherches actions. Avec ces études PMA / PCA / VIH / SIDA, les indicateurs sont identifiés et les subventions proposées. Par ailleurs, les indicateurs sont souvent basés sur les priorités de politique nationale et des études nationales, mais il est important de connaître les conditions spécifiques de chaque zone d'intervention.

13.6 Exercice costing

Les participants peuvent manipuler le logiciel Costing sur la base des données suivantes :

Informations
Population cible pour le programme PBF : 250 000 habitants
Deux Zones de Santé dans le Territoire de Shabunda
Nombre d'Associations locales : 30

A l'aide de l'application en EXCEL « Proposition du Budget » et des éléments déjà remplis, les participants s'exercent à changer certains paramètres et observent les changements des totaux dans la feuille synthèse « Proposition » **où seuls les éléments « population », « période », « cibles », « quantité » et « prix » peuvent être modifiés ou complétés par endroit**. *(Ne pas modifier les formules svp)*

1. Dans la feuille Ressources Humaines : par rapport au personnel prévu, ajouter un « Agent de saisie » dans le projet avec un salaire mensuel de $ 350
2. Dans la feuille Invest :
   a) Il y a 30 Centres de Santé à réhabiliter et pour chacun, on prévoit un montant de $ 1 000
   b) La réhabilitation des écoles n'est pas concernée par ce projet
   c) Il est prévu de réhabiliter deux HGR à raison de $ 30 000 par HGR
3. Par rapport au PMA et PCA, voici les pourcentages des cibles à atteindre pour certaines composantes et par trimestre (Feuilles : Centre de Santé et HGR)

	Cible 1e Trim 2008	Cible 2e Trim 2008	Cible 3e Trim 2008	Cible 4e Trim 2008
PMA (Aire de santé)				
Consultations externes (nvx cas)	45%	60%	80%	90%
Distribution moustiquaires	45%	60%	70%	80%
Accouchements assistés dans CS	60%	90%	90%	90%
PCA (HGR)				
Nouvelles Consultations Médecins	50%	70%	80%	80%
Césariennes (30% des accouchements dystociques)	50%	70%	80%	80%

	Cible 1e Trim 2009	Cible 2e Trim 2009	Cible 3e Trim 2009	Cible 4e Trim 2009
PMA (Aire de santé)				
Consultations externes (nvx cas)	100%	100%	100%	100%
Distribution moustiquaires	80%	90%	100%	100%
Accouchements assistés dans CS	90%	90%	90%	90%
PCA (HGR)				
Nouvelles Consultations Médecins	100%	100%	100%	100%
Césariennes (30% des accouchements dystociques)	100%	100%	100%	100%

Complétez les pourcentages des cibles à atteindre dans les feuilles concernées.

4. Appui au BPS (IPS) de $ 1000/mois
5. Location du bureau et entretien de $ 500/mois
6. Concernant la formation, une bourse est accordée à un agent pour suivre une formation en Economie de la Santé à l'ESP Kinshasa. Montant de la formation : $ 7000
7. Ajouter une zone de santé avec une population de 100 000 habitants. Observer les modifications du budget

Remarque : le taux de change pour 1€ est de $ 1,35.

BIOGRAPHIE DES AUTEURS

Batundi Tsuba Freddy, de nationalité congolaise, licencié en développement communautaire et construction de la paix au Kenya. Travailleur humanitaire à l'est de la RDC, consultant formateur-médiateur spécialiste en méthodologies participatives et membre de l'équipe de médiateurs du Cours PBF en Afrique.

Bossuyt Michel, médecin en santé publique a effectué de multiples missions en Afrique et en Amérique Latine dans le cadre de projets visant au renforcement du système de santé.
Actuellement Chef de Mission Cordaid au Burundi, pour la mise en œuvre, avec le MSP, du Financement Basé sur la Performance.

Enandjoum Bwanga, né à Nkongsamba au Cameroun en 1954, a gravi tous les échelons de l'administration camerounaise. Titulaire d'une maîtrise en Economie et d'un diplôme en Economie de Développement, ce cadre expérimenté est actuellement Coordonnateur du Projet d'Appui aux Investissements dans le Secteur de la Santé mis en œuvre avec l'appui de la Banque Mondiale.

Habaguhirwa Jean Baptiste, de nationalité rwandaise, a obtenu une maîtrise en Santé Publique à l'Université Nationale du Rwanda. Il est directeur du centre de formation Health, Development & Performance (HDP). Il est membre de l'équipe des médiateurs du cours PBF et collabore à plusieurs initiatives pilotes du PBF dans la Région des Grands Lacs.

Hicuburundi Sosthène, économiste de la santé, est actuellement chargé du financement de la santé au MSP du Burundi. Il est impliqué dans la planification et la programmation des interventions sanitaires. Il s'est impliqué activement dans la conception et le suivi de la mise en œuvre du financement basé sur la performance dans le secteur de la santé au Burundi.

Kimanuka Célestin, spécialiste en statistique et en informatique appliquée à l'Université Libre de Bruxelles, a obtenu un diplôme en santé et développement à Nancy. Il est Directeur de l'Institut Supérieur de Statistique de Goma en RDC. Il est formateur d'adultes en PBF et en gestion des projets. Il a participé comme coordinateur à une soixantaine d'enquêtes ménages.

Mbessan Philémon, né en 1961 en République Centrafricaine, est médecin de santé publique rattaché à l'IMT d'Anvers. Il est directeur des Etudes et de la Planification du Ministère de Santé Publique. Il est consultant pour le projet achat de performance de la RCA financé par l'Union Européenne et membre de l'équipe des médiateurs pour les cours PBF.

Munyanga Mukungo Sylvain est né à Matchumbi (RDC) en 1952. Il est médecin titulaire d'une maîtrise en santé publique et d'un doctorat en management des soins de santé de l'Université de Tulane/USA. Il a été directeur de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et consultant pour la Banque Mondiale au Soudan. Il est promoteur du programme d'économie de la santé de l'ESP Kinshasa.

Mushagalusa Pacifique, né à Bukavu en 1973, est un Economiste de la Santé titulaire d'un MPH. Il est Coordinateur de l'Agence d'Achat des Performance du Sud Kivu pour le pilotage du programme de financement basé sur la performance dans les secteurs de la santé, éducation et développement rural en province du Sud Kivu-RDC.

Ndayishimiye Juvénal est médecin de santé publique et directeur de l'Agence d'Achat de Performance de Bubanza (Cordaid), la plus ancienne du Burundi. Il est l'une des personnes les plus expérimentées dans le PBF au Burundi. Il a participé à un grand nombre de formations sur le PBF dans la région.

Nkunzimana Canut est Médecin en Santé Publique depuis 1997 et directeur d'AAP Makamba. Il suit l'expérience du PBF depuis son lancement au Rwanda en 2002. Il est formateur PBF depuis le lancement de ce système au Burundi.

Ntabuyantwa Claude, de la RDC est médecin titulaire d'une maîtrise en santé publique de l'université de Louvain en Belgique. Il a été Médecin Chef de District sanitaire pendant 8 ans et dirige depuis 2008 l'Agence d'Achat de Shabunda au Sud-Kivu. Il a piloté en RDC la première initiative PBF dans les secteurs éducation et développement rural.

Ntiroranya Astyanax Didier, est né en 1973 de nationalité burundaise. Il a une licence en Economie Politique et un DESS en Economie de la Santé. Il est actuellement Formateur PBF et Directeur AAP Ruyigi Karuzi / CORDAID Burundi. Il a été Conseiller technique et sectoriel santé au Ministère du Plan / République du Burundi.

Nyarushatsi Jean Paul, né en 1965 au Burundi, est médecin titulaire d'une maîtrise en économie de la santé du CERDI (2006) en France. Il a été directeur des services et programmes de santé au Ministère de Santé Publique au Burundi. Il est actuellement consultant indépendant et médiateur du cours PBF en Afrique Centrale.

Peerenboom Peter Bob a été médecin généraliste au Cameroun (1976-1985). Il a fait une spécialisation en santé publique (1989) et en gestion d'entreprises (1991). Il est consultant aux Pays-Bas (ETC Tangram) et en Afrique francophone (ETC Crystal). Son travail se focalise sur le financement du système de santé (PBF et mutuelles) et le renforcement institutionnel des services.

Soeters Robert, a un doctorat en santé publique et économie de la santé et travaille depuis 15 ans sur le PBF dans plusieurs pays en Afrique et Asie. Son travail concerne le plaidoyer PBF, la conduite d'études de base et d'évaluation ainsi que la coordination des cours PBF.

Tsafack Jean Pierre, Médecin de Santé Publique, est Coordinateur du Projet de Redynamisation des Soins de Santé à l'Est-Cameroun (REDSSEC) et Directeur de l'Agence d'Achat des Performances pour le projet pilote de Performance Based Financing (PBF) de la Région de l'Est-Cameroun.

GLOSSAIRE

Agence d'Achat de Performance (AAP) : organe qui supervise et évalue les performances des formations sanitaires (FOSA). Elle examine si celles-ci répondent aux conditions du programme PBF. L'AAP octroie les primes de qualité et de performance. Elle est souvent composée d'un spécialiste en santé publique (ou un économiste de santé), d'un administrateur/comptable et de 3 à 5 vérificateurs.

Biais : terme s'appliquant à un estimateur et pour une méthode de tirage donnée. Par définition, il s'agit d'une erreur entraînant une distorsion de l'estimation de la mesure ou encore de la différence entre l'espérance de cet estimateur et la vraie valeur qu'il cherche à estimer.

Economie de santé : une branche de l'économie qui a pour objet d'optimiser la production, la répartition et l'utilisation des ressources rares – inférieures aux besoins- afin d'assurer à la population les meilleures prestations sanitaires possibles à moindre coût.

Enquête avec les acteurs clés titulaires des structures : une enquête « semi-quantitative » souvent menée auprès des titulaires des Centres de Santé et utilisée par les autorités de santé. Elle complète les enquêtes ménage. L'objectif est de collecter des informations supplémentaires concernant les aspects de supervision, le recouvrement des coûts, des appuis externes et plus particulièrement des aspects financiers des centres de santé.

Enquête de qualité : elle permet d'établir le point de départ concernant la qualité de soins dans les FOSA d'intervention ainsi que dans les FOSA témoins. En même temps, le questionnaire utilisé dans ce genre d'enquête peut aussi servir au lancement d'un premier outil d'assurance qualité qui sera utilisé par les autorités de santé (régulateurs).

Enquête ménage : une enquête visant à obtenir une meilleure compréhension du comportement de la population qui cherche les soins de santé. En général, l'enquête ménage cherche à connaître d'un côté la demande (non atteinte) pour les services du PMA (comme la prévention du paludisme par les moustiquaires, les accouchements, le planning familial) et de l'autre coté, la disponibilité de ces services et les problèmes qui affectent l'offre (par exemple, les problèmes de disponibilité de services, la qualité ou une tarification excessive ou déficiente).

Performance based financing (PBF) = Financement basé sur la performance : depuis la fin des années 1990, le PBF - également connu comme financement de résultat, Pay-for-Performance (P4P) ou contractualisation stratégique – a été introduit dans un nombre croissant de pays. Le PBF est devenu une stratégie de réforme parmi un nombre croissant de gouvernements et bailleurs. Le Center for Global Development définit la contractualisation pour la performance comme « le transfert de marchandises ou d'argent conditionné à une action mesurable ou l'atteinte d'un objectif de performances prédéterminé. Dans ce livre nous définissons le PBF d'une manière plus large que la simple mise en place des contrats. C'est aussi une approche visant à réformer les relations entre les consommateurs, les prestataires, les organismes de régulation et les agences d'achat afin d'effectuer des contrats de performance efficace. Cependant, le PBF n'est pas un modèle, il est basé sur 8 meilleures pratiques qui doivent être adaptées aux circonstances spécifiques de chaque pays ou région.

Formation sanitaire (FOSA) : une structure de santé dont la mission est de procurer les soins aux malades comme notamment l'hôpital, la polyclinique, le Centre de santé, le poste de santé, le dispensaire privé etc.

Indicateur : une mesure qui permet de connaître le degré d'atteinte ou le niveau de réalisation d'un objectif, il indique le chemin parcouru par rapport à l'objectif fixé.

Indicateurs de résultat (appelés aussi quantitatifs) : mesurent quantitativement les résultats produits par la FOSA. Ils ont une influence sur le paiement mensuel des subsides. Les indicateurs de résultat sont peu nombreux (15-25 pour les CS et autour de 20 pour les hôpitaux).

Indicateurs de qualité : mesurent la qualité des services rendus et résultats produits par la FOSA. Ils se basent sur des critères souvent composites et sont plus nombreux que les indicateurs de résultat (entre 120-200). Les indicateurs de qualité sont habituellement évalués une fois par trimestre. Les enquêtes de qualité des formations sanitaires servent de base au paiement trimestriel d'un bonus de qualité.

Marketing: processus social par lequel les individus et les groupes obtiennent ce qu'ils désirent et dont ils ont besoin en créant et en échangeant les produits et valeurs avec les autres.

Marketing social: adaptation des techniques de marketing commercial et leur application à des fins sociales dans le but d'obtenir un changement de comportement.

Négociation : acte volontaire qui entame des discussions en vue de la recherche d'un accord

Paquet minimum d'activités (PMA) **:** le paquet minimum d'activités (PMA) est une liste d'activités prioritaires communes à l'ensemble des centres de santé, destinées à couvrir de manière équitable et efficiente les problèmes de santé de base. Il permet une meilleure planification et facilite la gestion des ressources. Sa détermination doit tenir compte de la demande et des besoins mais aussi des capacités de financement du Ministère de la santé et de la population.

Paquet complémentaire d'activités (PCA) **:** le paquet complémentaire d'activités (PCA) est une liste d'activités prioritaires communes à l'ensemble des hôpitaux de districts, destinées à couvrir de manière équitable et efficiente les soins curatifs qui requièrent des techniques non disponibles au premier niveau. Le plateau technique est défini en fonction de la demande et des besoins mais aussi des capacités de financement du Ministère de la santé et de la population.

Plaidoyer : processus par lequel on soutient une cause ou un thème. Une campagne de plaidoyer est un ensemble d'actions ciblées visant à soutenir une cause ou un thème.

Plan de Business (PB) : plan de travail trimestriel établi par une FOSA sous contrat et introduit auprès de l'AAP. Il propose des stratégies pour atteindre les cibles mensuelles du PMA ou du PCA en termes de résultat (quantitatif) d'une part et de qualité de soins d'autre part.

Prestataires de soins : terme général désignant toute personne ou formation médicale, qui dispense des soins de santé à un patient.

Prime de qualité : prime attribuée trimestriellement aux FOSA sur la base d'un certain nombre de critères d'évaluation. Elle est destinée à stimuler la FOSA sous contrat à améliorer la qualité de ses services et la qualité des prestations fournies aux utilisateurs. Cette prime équivaut à 15 % du montant global des subsides versés à la FOSA au cours d'un trimestre, si elle est attribuée à 100 % de sa valeur.

Prime de performance : prime variable attribuée au personnel. L'attribution de cette prime repose sur des critères que le personnel de chaque FOSA, son propriétaire et /ou son COSA peut déterminer.

Protocole d'Accord : un accord de 2 à 3 pages qui clôture les négociations et qui reprend les principes accordés entre les parties prenantes et l'équipe des prestataires, les autorités de santé, les BCZS et le consultant de l'ONG. Ce protocole d'accord contient les résultats de ces discussions qui serviront à analyser la possibilité d'une collaboration future.

Registre de base : un registre « standard » dans lequel sont transcrites quotidiennement toutes les données. La FOSA doit avoir un registre de base par activité réalisée (consultations externes, accouchements etc.) et pour laquelle l'AAP verse un subside. Il sert à la rédaction du rapport SNIS et du Résumé mensuel. Ces registres et autres documents dans les Centres de santé ou Hôpitaux doivent être tenus selon un canevas standard.

Régulation : ensemble des stratégies et outils utilisés afin d'optimiser le système sanitaire en corrigeant les dysfonctionnements qui apparaissent.

Résumé Mensuel : document établi par la FOSA. Il comprend toutes les activités subventionnées dans le cadre du PBF. Il sert de document d'audit car il est contresigné pendant la vérification par le vérificateur de l'AAP et le responsable de la structure sanitaire. Il permet donc la facturation mensuelle de la production de chaque FOSA.

Subsides mensuels de résultat : subsides versés à une FOSA, directement liés aux activités quantitatives sur la base des principes suivants : « plus de travail entraîne plus de subsides » et « l'argent suit le patient ».

Système de santé : ensemble d'organisations, d'institutions et de ressources servant à la production d'interventions sanitaires.

